**Sayı :** ……………………….. . .../…./…….

**Konu :** Staj Başvurusu

**İlgili Makama,**

Fakültemiz / Yüksekokulumuz/ Meslek Yüksekokulumuz öğrencilerinin mezuniyet haklarını kazanabilmeleri için eğitimleri ile ilgili kurum/kuruluşlarda staj yapma zorunlulukları vardır. Staj süresince 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası gereğince öğrencilerin sigorta işlemleri Üniversitemiz tarafından yapılmaktadır. Aynı kanunun 13 üncü maddesinin ikinci fıkrasının (a) bendi gereğince kurumlarda iş kazası olması durumunda aynı gün içinde yetkili kolluk kuvvetlerine ve Üniversitemize bilgi verilmesi zorunludur.

25/02/2011 tarihinde yürürlüğe giren 6111 sayılı Kanunun 61 inci maddesi ile mesleki ve teknik eğitim yapan yükseköğretim kurumları da 3308 sayılı Mesleki ve Teknik Eğitim Kanununa tabi olmuşlardır. Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin kurum/kuruluşunuzda **30 İşgünü** stajını yapmasının uygun görülmesi durumunda formun ilgili bölümünün doldurulması ve onaylanarak Okulumuza iletilmesini uygun görüşle arz/rica ederim.

|  |  |
| --- | --- |
| Uygun Görüşle Arz Ederim.  Bölüm Başkanı  Doç. Dr. Hasan Gökhan DOĞAN | OLUR  .…/.…/20…..  Dekan |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÖĞRENCİNİN KİMLİK BİLGİLERİ** | | | | | |
| Adı‒Soyadı | | ……………………………………………………...... | | | |
| Kayıtlı Olunan Programın Adı | | ……………………………………………………...... | | | |
| T.C. Kimlik Numarası | | ……………………………………………………...... | | | |
| Sınıfı/Dönemi | | ……………………………………………………...... | | | |
| Adresi | | ……………………………………………………......  ……………………………………………………...... | | | |
| Telefon Numarası | | Tel: …………………………… Cep no:………………………...... | | | |
| E‒posta Adresi | | ……………………………………@ahievran.edu.tr | | | |
| SGK Kaydı | | Var | | Yok | |
| **STAJ YERİ BİLGİLERİ** | | | | | |
| Staj Yeri Adı | | ……………………………………………………...... | | | |
| Staj Yeri Adresi | | ……………………………………………………...... | | | |
| Staj Yeri Üretim/Hizmet Alanı | | ……………………………………………………...... | | | |
| Staj Yeri Yetkilisi | | ……………………………………………………...... | | | |
| Telefon/E‒posta | | Tel: …………………………… E-posta:………………………...... | | | |
| Staj Yerinin Web Adresi | | ……………………………………………………...... | | | |
| Yukarıda belirttiğim bilgilerin doğruluğunu, aşağıda belirtilen tarihler arasında **30 İşgünü** stajımı yapacağımı, stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajıma başlamamam ya da stajdan vazgeçmem hâlinde en az 10 gün önceden “Akademik Birim Staj Komisyonu”na yazılı olarak bilgi vereceğimi aksi takdirde SGK prim ödemeleri nedeniyle doğabilecek maddi zararları karşılayacağımı beyan ve taahhüt ederim.  ………………… …./…./……  *Öğrencinin İmzası* | | | | | |
| Yukarıda kimlik bilgileri bulunan öğrencinin kurumumuzda / kuruluşumuzda **30 İşgünü** zorunlu stajını yapması  UYGUN GÖRÜLMÜŞTÜR | | | | | |
| **ÖĞRENCİNİN;** | | | | | |
| Staj **Başlama** Tarihi : ………/………/……… | | | **Staj Süresi : 30 İşgünü** | | |
| Staj **Bitiş** Tarihi : ………/………/……… | | |
| **Staj Yeri Yetkilisi**  İmzası : ………………..………  Adı‒Soyadı : ………………..………  Tarih : ………/………/………  Mühür/Kaşe : | **Staj Sorumlusu**  İmzası : ………………..………  Adı‒Soyadı : ………………..……… | | | | **Staj Komisyonu Başkanı**  İmzası : ………………..………  Adı‒Soyadı : ………………..……… |

**ÖNEMLİ NOT:** Öğrencinin bu formu staja başlamadan önce Akademik Birimin belirleyeceği tarihe kadar “Birim Staj Sorumlusu Öğretim Elemanına” teslim etmesi zorunludur. Bu form 2 asıl kopya olarak hazırlanmalıdır (Kopyalardan biri kurumda/kuruluşta kalacak, diğeri Akademik Birime öğrenci tarafından teslim edilecektir)