SAKARYA UYGULAMALI BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ

Doküman No:	KYS.FRM.164
İlk Yayın Tarihi:	5.04.2024
Revizyon Tarihi:	5.04.2024
Revizyon No:	1
Sayfa:	1 / 1

STAJ KABUL FORMU

KAYNARCA SEYFETTİN SELİM MESLEK YÜKSEKOKULU …….…… BÖLÜMÜ

ÖĞRENCİNİN		Fotoğraf
Adı ve Soyadı	:	
Öğrenci Numarası	:	
T.C. Kimlik Numarası	:	
Telefon (Cep/Ev)	:	
e-posta	:	
YAPACAĞI STAJIN		
Türü	:	
Süresi (İş Günü)	:	
Staj Başlama ve Bitiş Tarihi	: **08/07/2024 - 19/08/2024 (2.Dönem)**	

– Yukarıda belirtilen tarihler arasında **…..……** İş günlük stajımı yapacağımı,

– Stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajdan vazgeçmem halinde en az (10) gün önceden ilgili eğitim (okul) birimine bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı kanun gereği doğacak cezai yükümlükleri kabul ettiğimi,

– Staj süresi içerisinde alınan rapor, istirahat vb. belgelerin aslını rapor alınan tarihten **en geç 2 iş gün içerisinde** ilgili eğitim birimine bildireceğimi **beyan ve taahhüt ediyorum.**

– Ailemden, kendimden, annem / babam üzerinden, genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti;**

☐ **Alıyorum** ☐ **Almıyorum.**

……/……/ ……

Öğrencinin İmzası

Yukarıda kimliği verilen bölümümüz öğrencisinin belirtilen iş günü kadar staj yapması zorunludur. Staj süresi boyunca Öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Üniversitemiz tarafından yapılacaktır.

(İmza) (Onay)

Staj Komisyonu Üyesi Dekanlık

İŞYERİNİN	
Ünvanı	:
Adresi	:
Tel Numarası	:
Fax Numarası	:
Firma İşyeri Sicil Numarası	:
Firmanın Vergi Numarası	:
Ticaret / Esnaf Odası Sicil No	:
E-Posta Adresi	:
Faaliyet Alanı (Sektör)	:

Yukarıda Adı soyadı ve T.C. Kimlik Numarası yazılı öğrencinin yukarıda belirtilen tarihlerde iş yerimizde staj yapması uygun görülmüştür.

İŞVEREN veya YETKİLİSİNİN
Adı Soyadı
(Ünvanı) Mühür ve İmza

UYGUNDUR
…… / ….. / …….

Bölüm Staj Komisyonu Başkanı
Ünvanı/Adı Soyadı

Not: Staj Kabul Formu (2) adet düzenlenecek olup, (1) adet nüfus cüzdan fotokopisi eklenecektir. Staj Kabul Formu düzenlenmeyen öğrenci staja başlayamaz.