Öğrencimizin mezun olabilmesi için, Önlisans Eğitim Programında yer alan zorunlu stajını yapması gerekmektedir. Yüksekokulumuzdan almış olduğu teorik bilgilere ek olarak pratik bilgi ve becerisini geliştirmek amacıyla, adı geçen öğrencimizin işletmenizde en az **30 (Otuz) iş günü** süre ile staj yapmasına izin verilmesi konusunda göstereceğiniz ilgiden ötürü şimdiden teşekkürlerimizi iletiriz.

Öğrencimizin stajını işletmenizde yapması tarafınızdan kabul edilmesi durumunda, zorunlu olarak staja tabi tutulan öğrencimiz için, 5510 Sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” gereği Sosyal Sigortalar Kurumu Sigortalı İşe Giriş Bildirgesi düzenlenerek ***“İş Kazası ve Meslek Hastalıkları Sigorta Primi”*** Üniversitemiz tarafından yatırılacaktır.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ve rica ederim.

|  |
| --- |
| **Doç. Dr. Ayşe GENÇ LERMİ****Müdür** |

|  |
| --- |
| **ÖĞRENCİNİN** |
| **T.C. Kimlik No** |  | FOTOĞRAF |
| **Adı Soyadı** |  |
| **Öğrenci Numarası** |  |
| **E-Posta Adresi** |  |
| **Öğretim Yılı** |  |
| **Cep Telefonu** |  |
| **Güncel İkametgâh Adresi** |  |

|  |
| --- |
| **STAJ YAPILAN YERİNİN** |
| **Adı** |  |
| **Adresi** |  |
| **Üretim/Hizmet Alanı** |  |
| **Telefon No** |  | **Faks Numarası** |  |
| **E-Posta Adresi** |  | **Web Adresi** |  |
| **Staja Başlama Tarihi** | 20.11.2023 | **Staj Bitiş Tarihi** | 29.12.2023 | **Süresi***(Gün)* | 30 |

|  |
| --- |
| **İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN** |
| **Adı Soyadı** |  | **İmza****Kaşe****Mühür** |  |
| **Görev ve Unvanı** |  |
| **E-Posta adresi** |  |
| **Tarih** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ÖĞRENCİNİN İMZASI** | **DERS KOORDİNATÖRÜNÜN ONAYI** | **BİRİM AMİRİ ONAYI** |
| Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, staj yapacağımı taahhüt ettiğim adı geçen firma ile ilgili staj evraklarının hazırlanmasını saygılarımla arz ederim. | Uygundur  | Sosyal Güvenlik Kurumuna Staja başlama giriş işlemi yapılmıştır. |
| Adı Soyadı | : |  | Adı Soyadı | : |  | Adı Soyadı | : |  |
| Tarih | : |  | Tarih | : |  | Tarih | : |  |
| İmza | : |  | İmza | : |  | İmza | : |  |