**Ek-1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **T.C.**  **ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ** | | | | | | | | |
| **İNSAN VE TOPLUM BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA** | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Aşağıda bilgileri yazılı Fakülteniz öğrencisi .............................................' ın ...... İşgünü stajını | | | | | | | | |
| Kurum/kuruluş/işyerimizde yapması uygun görülmüştür. | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| İlgili öğrencinin aşağıda belirtilen tarihler dışında stajyer olarak kesinlikle çalıştırılmayacağını taahhüt | | | | | | | | |
| eder, bu tarihler arasındaki "İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigorta Primi"nin Fakülteniz tarafından Sosyal | | | | | | | | |
| Güvenlik Kurumuna yatırılması hususunu bilgilerinize arz ederim. | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | Kurum / İşyeri Yetkilisinin | | |
|  |  |  |  |  |  | Adı Soyadı | | |
|  |  |  |  |  |  | Kaşe - İmza - Mühür | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **(Aşağıda bulunan her iki tablonun eksiksiz ve doğru olarak doldurulması staj yerinin Fakültemizce** | | | | | | | | |
| **kabul edilebilmesi açısından önemlidir.)** | | | | | | | | |
| **ÖĞRENCİNİN** | | | | | | | | |
| **Adı Soyadı** | |  | | | | | | |
| **T.C. Kimlik No:** | |  | | | | | | |
| **Bölümü / Öğrenci No** | |  | | | | | | |
| **Staj Başlama Tarihi** | |  | | | | | | |
| **Staj Bitiş Tarihi** | |  | | | | | | |
| **Haftalık Çalışma Gün Sayısı** | |  | | | | | | |
| **İkamet Adresi** | |  | | | | | | |
| **Telefon No (Cep Ev)** | |  | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **KURUMUN/KURULUŞUN/İŞYERİNİN** | | | | | | | | |
| **Adı (Ünvanı)** | | |  | | | | | |
| **Faaliyet Alanı** | | |  | | | | | |
| **Stajyeri Kabul Eden Birimin Adı** | | |  | | | | | |
| **Telefon/Fax/-e posta** | | |  | |  | |  | |
| **Açık Adresi** | | |  | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **(Bu Bölüm Öğrenci Tarafından Doldurulacaktır.)** | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Yukarıda adı geçen kurum / işyerinde, belirtilen tarihler arasında ............. İşgünü stajımı yapacağımı, bu tarihler | | | | | | | | |
| dışında staj yapmayacağımı taahhüt eder, aksi taktirde stajımın iptal edileceğini kabul ederim. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | .........../........../……… | | |
|  |  |  |  |  |  | Öğrencinin Adı Soyadı | | |
|  |  |  |  |  |  | İmzası | |  |

**EKLER**: 1- Sağlık Provizyon ve Aktivasyon (SPAS) Müstehaklık Belgesi (E devlet kapısından barkotlu çıktı)

2- Temel İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimine Katılım Belgesi

3- Öğrenci Kimlik Fotokopisi