

Ek-1

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
İNSAN VE TOPLUM BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Aşağıda bilgileri yazılı Fakülteniz öğrencisi' in 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.

...../...../20....
Öğrencinin Adı Soyadı
İmzası