**EK 1**

**FEN FAKÜLTESİ STAJ BAŞVURU FORMU**

|  |
| --- |
| **ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ** |
| **FEN FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  Aşağıda bilgileri yazılı Fakülteniz öğrencisi .............................................' ın ...... İşgünü |
| stajını kurumumuzda / 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 Kurumu' na 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** |
|  **kabül edilebilmesi açısından önemlidir.)** |
| **ÖĞRENCİNİN** |
| **Adı Soyadı** |   |
| **T.C. Kimlik No:**  |   |
| **Bölümü / Öğrenci No** |   |
| **Staj Başlama Tarihi** |   |
| **Staj Bitiş Tarihi** |   |
| **Haftalık Çalışma Gün Sayısı (Haftalık/Toplam)** |   |
| **Çalışılmayacak Resmi Günler** |  |
| **İkamet Adresi** |   |
| **Telefon No (Cep Ev)** |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **KURUMUN / İŞYERİNİN**  |
| **Adı (Ünvanı)** |   |
| **Faaliyet Alanı** |   |
| **Stajyeri Kabül Eden Birimin Adı** |   |
| **Telefon / Fax / e mail** |   |   |   |
| **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 iptaledileceğini kabül ederim. |
|   |
|   |  |  |  |  |  | .........../........../201... |
|   |  |  |  |  |  | Öğrencinin Adı Soyadı |
|   |  |  |  |  |  | İmzası |   |

**EK 1**

İLGİLİ MAKAMA

 …………….. isimli öğrencimizin zorunlu stajı süresince "İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigorta Primi Fakültemiz muhasebe birimi tarafından Sosyal Güvenlik Kurumu'na yatırılacaktır. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

……………………….

Fakülte Sekreteri