



(Staj Yeri Kabul Formu)
İLETİŞİM FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Aşağıda bilgileri yazılı okulunuz öğrencisi 'ın.....iş günü 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” priminin okulunuz tarafından Sosyal Güvenlik Kurumu’na yatırılması hususunu bilgilerinize arz ederim.

Tarih
Kurum/İşyeri Yetkilisinin
Ünvanı Adı Soyadı ve İmzası
Kurum/İşyeri Kaşesi ya da Mührü

(Aşağıda bulunan her iki tablonun eksiksiz ve doğru olarak doldurulması staj yerinin okulumuzca kabul edilebilmesi açısından önemlidir.)

ÖĞRENCİNİN				AÇIKLAMA
Adı Soyadı				Öğrenciye ait kişisel bilgiler tam ve doğru olarak doldurulmalıdır.
Öğrenci No				
Bölümü				
TC Kimlik No				
Staj Başlama Tarihi		Başladığı gün yazılacak	Haftalık çalışma gün sayısı	İki tarih arası; haftalık çalışma gün sayısına göre toplamiş günü olacak şekilde belirlenmelidir.
Staj Bitiş Tarihi		Bittiği gün yazılacak		
İkamet Adresi				Öğrencinin ev adresi yazılmalıdır.
Telefon No / Cep ve Ev Telf.				

KURUM / İŞYERİNİN		AÇIKLAMA
Adı (Ünvanı)		İşyerinin tam adı yazılacak
Faaliyet Alanı		Kısaca faaliyet alanı ile ilgili bilgi verilecek
Stajı Kabul Eden Birim Adı		Öğrencinin staj yaptığı birimin adı yazılacak
Tel/ Fax / e-mail		İşyerine ait telefonlar ve varsa diğer iletişim bilgileri yazılacak
Açık Adresi		İşyerinin tam adresi yazılacak(Denetçi Öğr. Elemanın ziyareti için gerekli)

Yukarıda adı geçen kurum işyerinde belirtilen tarihler arasında işgünü stajımı yapacağımı bu tarihler dışında staj yapmayacağımı taahhüt eder, aksi durumda stajımın iptal edileceğini kabul ederim.

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

.....(Bu kısım okulumuzca doldurulacaktır).....

ONAY
Danışman

ONAY
Bölüm Uyg. Eğt. Kom.

ONAY
Fakülte Sekreteri

ONAY
İşe Giriş Tescil