

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
Mühendislik Fakültesi Dekanlığı'na

Tarih:

ÖĞRENCİ'NİN			
Adı Soyadı:			
Okul Numarası:			
Bölümü:	Bilgisayar Mühendisliği		
T.C. Kimlik Numarası:			
Staj Başlama Tarihi:		<u>Haftalık Çalışma</u> <u>Gün Sayısı</u>	<u>Toplam Staj</u> <u>Gün Sayısı</u>
Staj Bitiş Tarihi:			
Telefon Numarası:			

KURUM İŞYERİ'NİN	
Adı (Unvanı):	
Faaliyet Alanı:	
Telefon Fax ve E-posta:	Telefon: varsa Fax: E-posta:
Açık Adresi:	

Sosyal Güvence Beyanı:

Yukarıda adı geçen kurum / işyerinde, belirtilen tarihler arasında 20 işgünü stajımı yapacağımı, bu tarihler dışında staj yapmayacağımı, staj başlama ve bitiş tarihlerimin değişmesi durumunda en az 5 (beş) gün önceden Fakültenize bilgi vereceğimi, sosyal güvence durumumda değişiklik olması halinde değişikliği hemen bildireceğimi taahhüt eder, aksi durumda stajımın iptal edileceğini ve yasal zorunlulukları kabul ettiğimi beyan ederim.

Öğrencinin Adı-Soyadı
ve İmzası

(Onay)
Uygulamalı Eğitimler
Komisyonu Başkanı

(Onay)
SGK'da staja başlama
işlemler yapılmıştır.