



Dok.Kodu: İK.KF.FR.27

Yay. Tar: 14.03.2023

Revizyon No: 02

Rev. Tar: 25.01.2023

Sayfa Sayısı: 01

İLGİLİ MAKAMA

Üniversitemiz.....Fakülte/Yüksekokul/MYO.....
..... Bölümü Programı öğrencisi iş günü süre ile kurumunuzda /
işyerinizde Yaz Stajı kapsamında uygulama yapma talebinde bulunmuştur.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında, Yaz Stajı yapacak öğrenciler hakkında staj süresince ödenmesi gereken iş kazası ve meslek hastalığı sigortası primi ile genel sağlık sigortası primi Üniversitemiz tarafından karşılanacak olup, aşağıda kimlik bilgileri belirtilen öğrencimizin Yaz Stajını kuruluşunuzda / işyerinizde yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, saygılar sunarız.

Öğrenci Bilgileri

Adı ve Soyadı		Öğrenci No	
T.C. Kimlik No		Eğitim-Öğretim Yılı	
İkamet Tezkere No / Geçici T.C. No (Yabancı uyruklu öğrenciler için)		Bölümü / Programı	
Baba Adı		Telefon No	
Doğum Yeri / Tarihi		E-posta Adresi	
İkametgâh Adresi			

Yaz Stajı Yapılan Yerin

Adı			
Adresi			
Hizmet Alanı			
Telefon Numarası	Faks Numarası		
E-posta Adresi	WEB Adresi		

Yaz Stajı

Başlama Tarihi		Bitiş Tarihi		Süresi (iş günü)	
----------------	--	--------------	--	------------------	--

Yaz Stajı Yapılacak Yerin Yetkili Bilgileri

Adı ve Soyadı		Kaşe-İmza-Tarih
Telefon Numarası		
E-posta Adresi		
Adresi		

Öğrencinin İmzası

Birim Staj Komisyonu Onayı

Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildiririm.

Öğrencinin Adı ve Soyadı / İmzası

Birim Staj Komisyonu Başkanı
Unvanı / Adı ve Soyadı / İmzası