



**T.C.**  
**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ**  
**UYGULAMA BAŞVURU FORMU**

Fotoğraf

**İLGİLİ MAKAMA**

Üniversitemiz.....Fakülte/Yüksekokul/MYO.....  
Bölümü öğrencisi ..... gün süre ile kurumunuzda/işyerinizde staj yapma talebinde bulunmuştur. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında, 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 uygulamasını kuruluşunuzda/işyerinizde yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, saygılar sunarız.

**Öğrencinin Bilgileri**

|                  |  |             |  |
|------------------|--|-------------|--|
| Adı Soyadı       |  |             |  |
| Öğrenci No       |  | Bölüm/Sınıf |  |
| e-posta          |  | Telefon No  |  |
| İkametgah Adresi |  |             |  |

**Öğrencinin Nüfus Kayıt Bilgileri**

|                  |  |                          |  |
|------------------|--|--------------------------|--|
| T.C. Kimlik No   |  | Nüfusa Kayıtlı Olduğu İl |  |
| N.Cüzdan Seri No |  | İlçe                     |  |
| Adı              |  | Mahalle- Köy             |  |
| Soyadı           |  | Cilt No                  |  |
| Baba Adı         |  | Aile Sıra No             |  |
| Ana Adı          |  | Sıra No                  |  |
| Doğum Yeri       |  | Verildiği Nüfus Dairesi  |  |
| Doğum Tarihi     |  | Veriliş Tarihi           |  |
|                  |  | Veriliş Nedeni           |  |

**Derse Bağlı Uygulama Yapılacak Yerin Bilgileri**

|                         |  |              |  |              |  |
|-------------------------|--|--------------|--|--------------|--|
| Kurumun/Kuruluşun Adı   |  |              |  |              |  |
| Adresi                  |  |              |  |              |  |
| Üretim/Hizmet Alanı     |  |              |  |              |  |
| Telefon No              |  | Faks No      |  |              |  |
| e-posta                 |  | Web Adresi   |  |              |  |
| Uygulama Başlama Tarihi |  | Bitiş Tarihi |  | Süresi (gün) |  |

**Derse Bağlı Uygulama Yapılacak Yerin Yetkili Bilgileri**

|                 |  |                   |
|-----------------|--|-------------------|
| Adı Soyadı      |  | (Kaşe/İmza/Tarih) |
| Görev ve Unvanı |  |                   |
| e-posta         |  |                   |

| ÖĞRENCİNİN İMZASI                                                         | UYGULAMA KOMİSYONU ONAYI |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildiririm.<br>İmza:<br>Tarih: | İmza:<br>Tarih:          |

- EK** : 1- Sağlık provizyon belgesi  
2- Aile sağlık yardımı sorgulama belgesi  
3- Nüfus cüzdanı fotokopisi (tek yüze, arka ve ön)

**NOT** : Formun derse bağlı uygulama başlama tarihinden **en az 30 gün önce** Derse Bağlı Uygulama Komisyonu Başkanlığına teslim edilmesi gerekmektedir. **Teslim edilecek form 2 asıl nüsha olarak hazırlanır. Bir nüshası Derse Bağlı Uygulama Komisyonuna, bir nüshası Sağlık, Kültür ve Spor Daire Başkanlığına teslim edilecektir.**