



T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
UYGULAMALI BİLİMLER

STAJ KABUL FORMU

ÖĞRENCİNİN

Adı Soyadı		Öğrenci No	
T.C. Kimlik No		Öğretim Yılı	20...../20.... Öğretim Yılı
Bölümü/Sınıfı		Telefon No	
Adresi		E-Posta	

STAJ YAPILAN YERİN

Adı		Faks No	
Adresi		Web Adresi	
Üretim/Hizmet Alanı		Staj Başlangıç Tarihi/...../20....
Telefon No		Staj Bitiş Tarihi/...../20....
E-posta		Süresi İş Günü

İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN

Adı Soyadı		İşyerimizde Staj Yapması Uygundur. İşveren İmza/Kaşe
Görev ve Unvanı		
E Posta		
Tarih/...../20....	

- 1.Yukarıda belirtilen tarihler arasında İş günlük stajımı yapacağım.
- 2.Stajımın başlangıç tarihinin değişmesi halinde en az 1 hafta önceden Fakülteye bilgi vereceğim.
- 3.Staja filen başladıktan sonra herhangi bir sebeple stajı bırakmam halinde 3 gün içerisinde Fakülteye bilgi vereceğim. Aksi halde 5510 sayılı Kanun gereği doğacak cezai yükümlülükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.

...../...../20....
Öğrencinin İmzası

Yukarıda kimliği verilen Fakültemiz öğrencisinin belirtilen iş günü kadar staj yapması zorunludur. Staj süresi boyunca öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Üniversitemiz tarafından yapılacaktır. Adı geçen öğrencimizin kuruluşunuzda staj yapması için gösterdiğiniz ilgiye teşekkür eder, İşletme Staj Değerlendirme Formunu (GİZLİ) **kapalı zarf** içerisinde öğrenciye elden vermenizi rica eder çalışmalarınızda başarılar dileriz.

**STAJDAN SORUMLU ÖĞRETİM
ELEMANININ İMZASI**

KOMİSYON BAŞKANI İMZASI

NOT: Form 3 asıl nüsha olarak (fotokopi değil) hazırlanır.

SARI YERLER ÖĞRENCİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR

YEŞİL YERLER İŞVEREN YETKİLİSİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR

KIRMIZI YERLERE GEREKLİ KİŞİLER TARAFINDAN MUTLAKA İMZA