



T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
UYGULAMALI BİLİMLER YÜKSEKOKULU
ÖĞRENCİ STAJ BAŞVURU VE KABUL FORMU



ÖĞRENCİNİN KİMLİK BİLGİLERİ

ADI/SOYADI				
KAYITLI OLDUĞU BÖLÜMÜN ADI				
T.C. KİMLİK NUMARASI				
SINIFI/DÖNEMİ	/			
ADRESİ				
TELEFON NUMARASI (MOBİL TELEFON NO)				
E-POSTA ADRESİ	@			
STAJ SİGORTASI GİRİŞİ	İSTİYORUM		İSTEMİYORUM	
ŞUAN SOSYAL GÜVENCESİ (SGK) VAR MI?	VAR (AİLEMDEN) X	VAR (KENDİMDEN) X	YOK X	
STAJ YAPILACAK KURUM / KURULUŞ BİLGİLERİ				
KURUM/KURULUŞ ADI				
KURUM/KURULUŞ ADRESİ				
KURUM/KURULUŞ VERGİ DAİRESİ NUMARASI				
KURUM/KURULUŞ IBAN NUMARASI				
KURUM/KURULUŞ TELEFON / WEB ADRESİ				
KURUM KURULUŞ ÇALIŞAN SAYISI				
CUMARTESİ TAM GÜN MESAİ	VAR		YOK	
Yukarıda belirttiğim bilgilerin doğruluğunu, aşağıda belirtilen tarihler arasında Günlük stajımı yapamayacağımı, stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajıma başlamama ya da vazgeçmem halinde en az 10 gün öncesinden "Öğrenci İşleri Birimi" ne bilgi vereceğimi, aksi takdirde SGK prim ödemeleri nedeni ile doğabilecek zararları karşılayacağımı; Staj süresince öğrendiğim olayları, kişileri, isimleri ve diğer bilgileri üçüncü kişilerle paylaşmayacağıma, paylaştığım takdirde her türlü sorumluluğu üstleneceğimi beyan ve taahhüt ederim.				
Tarih :...../...../.....				
Öğrencinin Adı Soyadı:				
Öğrencinin İmzası :				
Yukarıda Kimlik bilgileri bulunan öğrencinin, Kurumumuzda / Kuruluşumuzdagünlük ZORUNLU STAJINI YAPMASI UYGUN GÖRÜLMÜSTÜR /		Kurum / Kuruluş veya yetkilisi Adı-Soyadı : İmzası : Tarih :		
ÖĞRENCİNİN				
BAŞVURU YAPTIĞI STAJ BİRİMİ:				
STAJ BAŞLAMA TARİHİ:	STAJ BİTİŞ TARİHİ :	Staj Süresi.....gün		
Bölüm Staj Komisyonu Başkanı				
Adı ve Soyadı :		İmzası :		
Bölüm Staj Komisyonu Üyesi		Bölüm Staj Komisyonu Üyesi		
Adı ve Soyadı :		Adı ve Soyadı :		
İmzası :		İmzası :		