|  |  |
| --- | --- |
| Fakültemizde öğrenim görmekte olan ve kimlik bilgileri aşağıda yazılı öğrencimiz belirtilen tarihlerde staj uygulamasını kurumunuzda/kuruluşunuzda yapmak istemektedir. 5510 sayılı kanun gereğince, öğrencimizin staj dönemi boyunca yapılması gereken “İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigortası” yasa gereğince Üniversitemizce karşılanacaktır. | |
| Adı Soyadı |  |
| Sınıfı |  |
| Öğrenci Numarası |  |
| Uyruğu |  |
| T.C. Kimlik Numarası |  |
| SGK Numarası: Bağ-Kur Numarası: Emekli Sandığı Numarası: | |
| Adres: | |
| GSM |  |
| Eğitim Öğretim ……………… yılı …………. yarıyılı | |
| Staj Uygulaması Yapılacak Kurum: Süresi (İş Günü): …… **gün** | |
| Staj Başlama ve Bitiş Tarihi: | |
| **STAJ KOMİSYONU BAŞKANLIĞINA,**  Yukarıda belirtilen tarihler arasında **……** iş gününü kapsayan stajımı yapmak istiyorum. Stajımı ……. iş günü dolmadan herhangi bir mazeret nedeniyle bırakmam durumunda en geç 2 (iki) iş günü içerisinde Komisyon Başkanlığına bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereği doğacak cezai yükümlülükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim. Gereğini bilgilerinize arz ederim.  **Adı Soyadı:**  **İmza:** | |
| **KURUM ADINA ONAYLAYAN YETKİLİNİN;**  Yukarıda ismi ve bilgileri yazılı olan öğrencinin kurumumuzda iş günü staj yapması uygundur.  **Kurum/Kuruluş** Adı:  Telefonu:  Adresi:  **Kurum Sorumlusu**  Adı Soyadı:  Tarih: Kaşe:  İmza: | |
| **FENERBAHÇE ÜNİVERSİTESİ İNSAN KAYNAKLARI DİREKTÖRLÜĞÜ’NE,**  Yukarıda kimlik ve okul bilgileri verilen ……………………………………………………………. Fakültesi öğrencisinin  …………………………………………………………………………………………………… kurumunda belirtilen iş günü kadar staj yapması uygundur.  Gereğini bilgilerinize arz ederim.  **………………………….. Komisyon Başkanı** | |
| **FAKÜLTE SEKRETERİ** | **DEKAN** |