|  |
| --- |
| 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** |