|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **SAKARYA UYGULAMALI BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ**  **TEKNOLOJİ FAKÜLTESİ**  **MEKATRONİK MÜHENDİSLİĞİ** **BÖLÜMÜ** | | | | | | |
| **STAJ KABUL FORMU** | | | | | | | |
| **ÖĞRENCİNİN** | | |  | |  | | |
| **Adı ve Soyadı** | | | **:** | |  | | |
| **Öğrenci Numarası** | | | **:** | |  | | |
| **T.C. Kimlik Numarası** | | | **:** | |  | | |
| **Telefon (Cep/Ev)** | | | **:** | |  | | |
| **e-posta** | | | **:** | |  | | |
| **YAPACAĞI STAJIN** | | |  | |  | | |
| **Türü** | | | **:** | |  | | |
| **Süresi (İş Günü)** | | | **:** | |  | | |
| **Staj Başlama ve Bitiş Tarihi** | | | **:** | | . ......./…..../…..... - .….../….../.......... | | |
| – Yukarıda belirtilen tarihler arasında **…..………….** İş günlük stajımı yapacağımı, | | | | | | | |
| – Stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajdan vazgeçmem halinde en az (10) gün önceden ilgili eğitim (okul) birimine bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı kanun gereği doğacak cezai yükümlükleri kabul ettiğimi,  ­­– Staj süresi içerisinde alınan rapor, istirahat vb. belgelerin aslını rapor alınan tarihten **en geç 2 iş gün** **içerisinde** ilgili eğitim birimine bildireceğimi **beyan ve taahhüt ediyorum.**  – Ailemden, kendimden, annem / babam üzerinden, genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti ;**  **alıyorum almıyorum.**  ……/……/ ……  Öğrencinin İmzası | | | | | | | |
| **Yukarıda kimliği verilen bölümümüz öğrencisinin belirtilen iş günü kadar staj yapması zorunludur. Staj süresi boyunca Öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Üniversitemiz tarafından yapılacaktır.** | | | | | | | |
| (İmza)  Staj Komisyonu Üyesi | | | | | | | (Onay)  Dekanlık |
|  | | | | | | |  |
|  | | | | | | | |
| **İŞYERİNİN** | | | | | | | |
| **Ünvanı** | | **:** | |  | | | |
| **Adresi** | | **:** | |  | | | |
| **Tel Numarası** | | **:** | |  | | | |
| **Fax Numarası** | | **:** | |  | | | |
| **Firma İşyeri Sicil Numarası** | | **:** | |  | | | |
| **Firmanın Vergi Numarası** | | **:** | |  | | | |
| **Ticaret / Esnaf Odası Sicil No** | | **:** | |  | | | |
| **E-Posta Adresi** | | **:** | |  | | | |
| **Faaliyet Alanı (Sektör)** | | **:** | |  | | | |
| Yukarıda Adı soyadı ve T.C. Kimlik Numarası yazılı öğrencinin yukarıda belirtilen tarihlerde iş yerimizde staj yapması uygun görülmüştür.  İŞVEREN veya YETKİLİSİNİN | | | | | | | |
|  | | | | | | Adı Soyadı  (Ünvanı)  Mühür ve İmza | |
|  | | | | | | | |
| **UYGUNDUR** | | | | | | | |
| .….. / ….. / ……. | | | | | | | |
| **Bölüm Staj Komisyonu Başkanı** | | | | | | | |
| Ünvanı/Adı Soyadı | | | | | | | |

**Not :** Staj Kabul Formu (3) adet düzenlenecek olup, (1) adet nüfus cüzdan fotokopisi eklenecektir. Staj Kabul Formu düzenlenmeyen öğrenci staja başlayamaz.