**T.C. ARDAHAN ÜNİVERSİTESİ**

**POSOF MESLEK YÜKSEKOKULU STAJ BAŞVURU VE KABUL FORMU**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **İLGİLİ MAKAMA**  Ardahan Üniversitesi Posof Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin öğrenim süresi sonuna kadar kurum ve işletmelerde staj yapma zorunluluğu bulunmamaktadır. Ulusal Staj Programı kapsamında staj yapacak olan öğrencilerimizin SGK ve sigorta ile işlemlerinin tamamı kurumumuz tarafından yapılmaktadır. Bu kapsamda aşağıda bilgileri bulunan öğrencimizin staj yükümlülüğünü yerine getirme noktasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.  **POSOF MYO**  **……/…../…..** | | | | | | |
| ***Öğrenci Tarafından Doldurulacaktır*** | | | | | | |
| **T.C.K. No** |  | | **Öğrenci No** | |  | |
| **Adı Soyadı** |  | | **Bölüm/Sınıf** | |  | |
| **E-posta** |  | | **Tel No** | |  | |
| **İkametgâh Adresi:** | | | | | | |
| **Staj Başvuru Yöntemi** ( ) Ulusal Staj Programı\* ( ) Kendi bulduğum işletme/kurum | | | | | | |
| **Staj yapılan tarihlerde ailemden veya kendime ait SGK sağlık hizmetlerinden**  ( ) faydalanmaktayım / ( ) faydalanmamaktayım. | | | | | | |
| Yukarıdaki bilgilerin tarafımca doğru olarak doldurulduğunu, bu form ile Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu staj yönergesini kabul ettiğimi, 30 iş günü stajımı aşağıda belirtilen tarihler arasında, yine aşağıda belirtilen kurumda yapacağımı, staj başlangıç ve bitiş tarihlerindeki değişiklikleri veya staj yeri değişikliklerini en az 15 gün öncesinde, staj sürem içerisinde sağlık kurulu raporu aldığım takdirde ise 5 gün içerisinde Posof Meslek Yüksekokulu’na yazılı olarak bildireceğimi kabul ederim. Aksi takdirde staj sonucumun başarısız olarak değerlendirileceğini ve tahakkuk edecek sigorta prim, idari para cezası, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafımca ödeneceğini taahhüt ederim. Bu bilgiler çerçevesinde staj işlemlerinin yapılması hususunda gereğini saygılarımla arz ederim.  **İmza**  **……/……/……** | | | | | | |
| ***İşletme/Kurum tarafından doldurulacaktır*** | | | | | | |
| Yukarıda adı geçen öğrencinin ..…/…../….. - ..…/…../….. tarihleri arasında işletmemizde / kurumumuzda yapması uygundur. Bilgilerinize arz/rica ederim. | | | | | | **Kaşe-İmza-Tarih**  **..../…../…..** |
| **İşletme Adı/Unvanı:** | | | | | |
| **Üretim/Hizmet Alanı:** | | | | | |
| **Staj Yapılacak Birim:** | | | | | |
| **İşveren/Yetkili/Staj Sorumlusu Adı Soyadı/Görevi:** | | | | | | |
| **Adres:** | | | | | | |
| **Telefon** |  | **E-posta** | |  | | |
| ***Staj Sorumlusu/Bölüm Başkanı tarafından doldurulacaktır*** | | | | | | |
| **Yukarıda adı geçen öğrencinin bildirilen işletme/kurumda, belirlenen tarihlerde staj yapması;**  ( ) Uygundur  ( ) Uygun değildir. Gerekçe…………………………………………. | | | | | | Ad/Soyad/İmza  …../…../….. |

**\**Ulusal Staj Programına başvuru kabul edilen öğrencinin kabul edildiğine dair evrakın staj başlama tarihinden en az 1 hafta önce öğrenci işlerine gönderilmesi gerekmektedir.***