	T.C. **KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ** **TEKNOLOJİ FAKÜLTESİ** **STAJ KABUL FORMU**	Doküman No	TEF.FR.009
		İlk Yayın Tarihi	02.09.2019
		Revizyon Tarihi	17.06.2022
		Revizyon No	01
		Sayfa No	Sayfa **1** / **1**

ÖĞRENCİNİN:		**1.AŞAMA**
Adı Soyadı		
Öğrenci Numarası		
Bölümü	Sarı işaretli alanlar öğrenci tarafından doldurulacaktır ve boş bırakılamaz.	
T.C. Kimlik Numarası		
Telefon		
Herhangi bir sağlık güvencesinden faydalanıyor mu?	**EVET** ☐ **HAYIR** ☐	
YAPACAĞI STAJIN:		
Süresi		
Staj Başlama ve Bitiş Tarihi	**Başlama Tarihi: …./…./……..**	**Bitiş Tarihi: …./…./……..**

*Yukarıda belirtilen tarihler arasında **40** iş günlük stajımı Teknoloji Fakültesi Staj Yönergesine uygun olarak yapacağım.
*Herhangi bir nedenden dolayı stajımın kesintiye uğraması durumunu da en geç **3 gün** içerisinde Fakülteye bildireceğini taahhüt ederim.
*Stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajdan vazgeçmem halinde en az **10 gün** önceden Fakülteye Dekanlığına bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı kanunun gereği doğacak cezai yükümlülükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.
*Staj Kabul Formu düzenlemeyen öğrenci staja başlayamaz. Aksi halde yapılacak staj kabul edilmez.

……../……../……..
Öğrencinin İmzası

AÇIKLAMA: BU ÇERÇEVE İÇİNDEKİ 2.AŞAMA FAKÜLTEMİZ DEKANLIKTARAFINDAN ONAYLANACAKTIR. **2. AŞAMA**

*Stajlar sekiz hafta (40 iş günü) olup; bir hafta 5 iş günü olarak kabul edilir. Cumartesi, Pazar ve resmi tatil günlerindeki çalışmalar, staj süresinden sayılmayacaktır.
*Yukarıda kimlik bilgileri verilen bölümümüz öğrencisinin belirtilen iş günü kadar staj yapması zorunludur.
*Yukarıda belirtilen staj tarihleri arasında öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Üniversitemiz tarafından karşılanacaktır.

(ONAY)

Dekanlık

AÇIKLAMA: BU ÇERÇEVE İÇİNDEKİ 3.AŞAMA ÖĞRENCİNİN STAJ YAPACAĞI İŞYERİ YETKİLİSİ TARAFINDAN ONAYLANACAKTIR. **3. AŞAMA**
İŞYERİNİN:

Unvanı	
Adresi	
Tel Numarası	Turkuaz işaretli alanlar İşletme tarafından doldurulacaktır ve boş bırakılamaz.
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.

İŞLETME YETKİLİSİNİN
Adı Soyadı
Unvanı
Kaşe/Mühür – İmza

NOT: Bu belgenin staj başlangıç tarihi esas alınarak en geç 15 gün önceden öğrencinin kendisine teslim edilmesi önemle rica olunur.

AÇIKLAMA: BU ÇERÇEVE İÇİNDEKİ "4. KISIM" İLGİLİ BÖLÜMÜN UYGULAMALI EĞİTİMLER KOMİSYON YETKİLİSİ TARAFINDAN ONAYLANACAKTIR. **4. AŞAMA**

UYGUNDUR
…../…../…..
Uygulamalı Eğitimler Komisyonu Yetkilisi
Unvanı/Adı Soyadı
İMZA

Yeşi işaretli alanlar okul tarafından doldurulacaktır.