|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **SAKARYA ÜNİVERSİTESİ**  **FEN EDEBİYAT FAKÜLTESİ**  **SOSYOLOJİ BÖLÜMÜ** | | | | | |
| **STAJ KABUL FORMU** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **ÖĞRENCİNİN** | |  | |  | | |
| **Adı ve Soyadı** | | **:** | |  | | |
| **Fakülte Numarası** | | **:** | |  | | |
| **T.C. Kimlik Numarası** | | **:** | |  | | |
| **Telefon (Cep/Ev)** | | **:** | |  | | |
| **STAJIN Türü** | |  | |  | | |
| **Süresi (İş Günü)** | | **:** | | 20 İş Günü | | |
| **Staj Başlama ve Bitiş Tarihi** | | **:** | | . ......./…..../…..... - .….../….../.......... | | |
| **İLGİLİ MAKAMA** | | | | | | |
| 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 taahhüt ederim.  …../…../……  Öğrencinin Adı Soyadı  İmzası  **İLGİLİ MAKAMA** | | | | | | |
| .  Yukarıda kimliği verilen bölümümüz öğrencisinin belirtilen iş günü kadar kurumunuzda staj yapması konusunda gerekli işlemlerin yapılmasını Arz/Rica ederiz. | | | | | | |
| Öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Üniversitemiz tarafından yapılacaktır | | | | | | |
|  | | | | | |  |
| **Doç. Dr. Aydın AKTAY** | | | | | |  |
| **Bölüm Staj Komisyon Başkanı** | | | | | | **Dekanlık** |
|  | | | | | | |
| **İŞYERİNİN** | | | | | | |
| **Ünvanı ve Faaliyet Alanı (Sektör)** | | | **:** |  | | |
| **Adresi** | | | **:** |  | | |
| **Tel ve Fax Numarası** | | | **:** |  | | |
| **Firma İşyeri Sicil Numarası** | | | **:** |  | | |
| **Firmanın Vergi Numarası** | | | **:** |  | | |
| **Ticaret / Esnaf Odası Sicil No** | | | **:** |  | | |
| **E-Posta Adresi** | | | **:** |  | | |
| 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** | | | | | | |
| **.….. / ….. / …….** | | | | | | |
| **Prof.Dr. Mustafa Kemal ŞAN**  **Bölüm Başkanı** | | | | | | |
| **Not : 1-** Öğrenci Staj Kabul Formunu staj başlangıç tarihinden en geç on (10) gün önceden ilgili eğitim (okul) birimine teslim etmek  zorundadır.   1. Staj Kabul Formu (2) adet düzenlenecek olup, (2) adet nüfus cüzdan fotokopisi eklenecektir. 2. Staj Kabul Formu düzenlenmeyen öğrenci staja başlayamaz. Aksi halde yapılacak staj kabul edilmez. | | | | | | |

00 00.00.FR.38