**Kayıt Tarihi :**

**Kayıt Sıra No :**

**İLGİLİ MAKAMA**

……………………… ………….......……………………. ………………… Bölümü öğrencilerinin öğrenim süresi sonuna kadar kuruluş ve işletmelerde staj yapma zorunluluğu vardır. Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin zorunlu stajını 20 iş günü süreyle kuruluşunuzda yapması hususunda göstereceğiniz ilgiye teşekkür ederiz.

Öğrencimizin işyerinizde yapacağı staj süresince **Sosyal Güvenlik Kurumu’na Zorunlu/Gönüllü Staj Sigorta Primi Birimimizce ödenecektir.**

 …../…../2025

Bölüm Staj Komisyonu Üyesi

 Ünvanı, Adı/Soyadı/ İmza

1. **ÖĞRENCİ BİLGİLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| Öğrenci No |  | Öğretim Yılı | 2024 -2025 |
| e-posta adresi |  | Telefon No |  |
| T.C.Kimlik No. |  | Nüf. Kay. Ol. İl |  |
| Baba Adı |  | İlçe |  |
| Ana Adı |  | Mahalle-Köy |  |
| Doğum Yeri ve Tarihi | …../....../..... | Verildiği Nüfus Dairesi |  |
| İkametgah Adresi |  |
| Staj Dönemi | 2024-2025 Yaz Zorunlu Stajı | Staj Şekli | Şantiye □ Büro □ |
| Ailemin SGK güvencesi |  | VAR | YOK |

1. **STAJ YAPILACAK İŞLETME BİLGİLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| Adı |  |
| Adresi |  |
| Faaliyet Konusu, Üretim/Hizmet Alanı |  |
| Telefon No |  | Faks No. |  |
| e-posta adresi |  | İnternet Adresi |  |
| Staja Başlatma Tarihi | 21/07/2025 | Bitiş Tarihi | 29/08/2025 | Süresi(İş günü) | 30 |
| İşyerinde hafta sonu çalışma: | Var □ Yok □ |  |  |  |  |

**3. İŞLETME ONAYI**

Yukarıda bilgileri yazılı öğrencinizinbelirtilen tarihler arasında işyerimizde staj yapması uygun görülmüştür.

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| Görev ve Ünvanı |  | İmza / Kaşe |  |
| e-posta adresi |  |
| Tarih | …../....../2025 |

**Not:** Bu formu onayladıktan Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü ilgili Bölüm Staj Komisyonu Başkanlığı Ağrı İbrahim Çeçen Kampüsü 04000 AĞRI adresine gönderiniz.