**İlgili Makama, ……/……/20…..**

Fakültemiz öğrencilerinin mezuniyet haklarını kazanabilmeleri için eğitimleri ile ilgili kurum/kuruluşlarda ***Yaz Stajı*** yapma zorunlulukları vardır***. Zorunlu Yaz Stajı*** süresince 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası gereğince öğrencilerin sigorta işlemleri Üniversitemiz tarafından yapılmaktadır. Aynı kanunun 13 üncü maddesinin ikinci fıkrasının (a) bendi gereğince kurumlarda iş kazası olması durumunda aynı gün içinde yetkili kolluk kuvvetlerine ve Üniversitemize bilgi verilmesi zorunludur.

25/02/2011 tarihinde yürürlüğe giren 6111 sayılı Kanunun 61 inci maddesi ile mesleki ve teknik eğitim yapan yükseköğretim kurumları da 3308 sayılı Mesleki ve Teknik Eğitim Kanununa tabi olmuşlardır. Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin kurum/kuruluşunuzun herhangi birinde ***20 İşgünü zorunlu yaz stajı*** yapmasının uygun görülmesi durumunda formun ilgili bölümünün doldurulması ve onaylanarak Okulumuza iletilmesini uygun görüşle arz/rica ederim.

|  |  |
| --- | --- |
|   **Uygun Görüşle Arz Ederim.****Bölüm Başkanı** | **OLUR****.…/.…/20…..****Dekan** |

|  |
| --- |
| **ÖĞRENCİNİN KİMLİK BİLGİLERİ** |
| Adı‒Soyadı  | ……………………………………………………...... |
| Kayıtlı Olunan Fakülte ve Bölüm Adı | ……………………………………………………...... |
| T.C. Kimlik Numarası | ……………………………………………………...... |
| Okul Numarası | ……………………………………………………...... |
| Telefon Numarası | Tel: …………………………… Cep no:………………………...... |
| E‒posta Adresi  | ……………………………………@giresun.edu.tr  |
| SGK Kaydı | Var  | Yok  |
| **STAJ YERİ BİLGİLERİ** |
| Staj Yeri Adı  | ……………………………………………………...... |
| Staj Yeri Adresi | ……………………………………………………...... |
| Stay Yeri Üretim/Hizmet Alanı | ……………………………………………………...... |
| Staj Yeri Yetkilisi | ……………………………………………………...... |
| Telefon/E‒posta | Tel: …………………………… E-posta:………………………...... |
| Staj Yerinin Web Adresi | ……………………………………………………...... |
|  Yukarıda belirttiğim bilgilerin doğruluğunu, aşağıda belirtilen tarihler arasında **20 İşgünü** stajımı yapacağımı, stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajıma başlamamam ya da stajdan vazgeçmem hâlinde en az 10 gün önceden “Fakülte Staj Komisyonu”na yazılı olarak bilgi vereceğimi aksi takdirde SGK prim ödemeleri nedeniyle doğabilecek maddi zararları karşılayacağımı beyan ve taahhüt ederim.   ***Öğrencinin İmzası****…………………………….* ***Tarih ………../…………/20….*** |
| **Yaz Stajı****Başlangıç Tarihi : …/ …………./20.. Adı geçen öğrencinin işyerimizde 20 iş günü Yaz Stajı yapması uygun görülmüştür****Bitiş Tarihi : …/ …………./20.. Staj Yerinin Onayı………………………………………** |
| **Staj Yeri Yetkilisi**İmzası : ………………..………Adı‒Soyadı : ………………..………Tarih : ………/………/20…Mühür/Kaşe : |  **Danışman**İmzası : ……………Adı‒Soyadı : …………… | **Staj Komisyonu Başkanı**İmzası : ………………Adı‒Soyadı : ……………… | **Teslim alan Bölüm Sekreteri**İmzası :……………………………Adı ve Soyadı :……………………………Tarih :........../……../20… |

**ÖNEMLİ NOT:** Öğrencinin bu formu staja başlamadan en az 30 gün önce gerekli imzaları tamamlayarak Fakültemiz Bölüm Sekreterliğine imza karşılığı teslim etmesi zorunludur. Formun Bölüm Sekreterliğine zamanında teslim edilmemesinden dolayı sigorta girişinin yapılamamasından öğrenci sorumludur.Bu form 2 asıl kopya olarak hazırlanmalıdır Kopyalardan biri staj yapılacak kurumda/kuruluşta kalacak, diğeri bölüm sekreterliğine öğrenci tarafından imza karşılığında teslim edilecektir.