



T.C.
BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ
GÖLHİSAR SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU

STAJ BAŞVURU FORMU

Sayı :26473783.304.03/
Könu : Staj

..... / / 20.....

Sayın Yetkili,

Meslek Yüksekokulumuz Programı numaralı öğrencimiz 30 iş günü staj yapmakla yükümlüdür. Staj sigorta primi Üniversitemiz tarafından yatırılacaktır. İşyerinizde staj yapması uygun görüldüğü takdirde aşağıdaki "İşyeri Onayı" kısmının doldurularak Meslek Yüksekokulu Müdürlüğüme gönderilmesi için gereğini arz-rica ederiz.

Yetkil / İmza
Dr. Öğr. Üyesi Nazife BAKIR

Bu kısım öğrenci tarafından doldurulacaktır.

Öğrencinin Kimlik-Adres Bilgileri

Adı-Soyadı		Cep Telefonu-1	
TC Kimlik No		Cep Telefonu-2	
Öğrenci No		Ev Telefonu	
Bulvar		Mahalle/Semt	
Sokak		Posta Kodu	
Cadde		Köy	
İç Kapı No		İlçe	
Dış Kapı No		İl	

Bu kısım işyeri tarafından doldurulacaktır.

İŞYERİ ONAYI

İşyerinin	Adı			
	Adresi			
	Üretim/Hizmet Alanı			
	Telefon No	Faks No		
Staj	Başlama Tarihi	Süresi	30 iş günü	
	Bitiş Tarihi			

İşveren veya Staj Yetkilisinin

Adı Soyadı			
Görev ve Ünvanı			
Tarih	İmza Kaşe/Mühür		

Açıklama: 5510 Sayılı Kanun gereği Staj Başlama-Bitiş tarihlerinde değişiklik olması durumunda yüksekokulumuza bilgi verilmesi gereklidir.

GÖLHİSAR SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU STAJ KOMİSYONU BAŞKANLIĞINA

Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, stajımı yukarıda adı geçen işyeri/kurumda yapmama müsaadelerinizi arz ederim.

Adı Soyadı:

İmza:

Tarih : / / 20.....

Açıklama: Bu form işyeri onayı alınarak gerekli bilgilerin doldurulmasından sonra kimlik fotokopisi ile Gölhisar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrenci İşlerine elden yada posta ile staj başlangıcından en az 1 hafta önce ulaştırılacaktır.

Posta Adresi: Bölüm Sekreteri (Kayahan ÖZBATTAL), Gölhisar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Gölhisar/BURDUR