



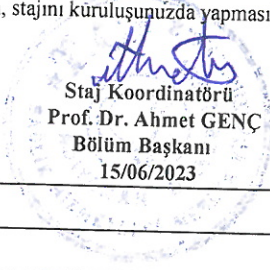
# ADYAMAN ÜNİVERSİTESİ – (ADYÜ) ZORUNLU YAZ STAJI BAŞVURU FORMU

ADYAMAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MYO

İLGİLİ MAKAMA

Sayı:

Yüksekokulumuz öğrencilerinden olan aşağıda kimlik bilgileri yazılı öğrencimiz 30 işgünü kurumunuzda staj yapma talebinde bulunmuştur. 5510 sayılı kanun gereğince sigortası üniversite miz tarafından yapılacak olan ve aşağıda kimlik bilgileri verilen öğrencimizin, stajını kuruluşunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, saygılar sunarız.

  
Staj Koordinatörü  
Prof. Dr. Ahmet GENÇ  
Bölüm Başkanı  
15/06/2023

## Öğrenci Bilgileri

Adı Soyadı		T.C Kimlik No	
Öğrenci No.		Program/Sınıf	
E-Posta		Telefon No.	
Ev Adresi			

## İşveren veya Yetkilinin Onayı

İşyerimizde staj yapmak için müracaat eden yukarıda kimlik bilgileri yazılı öğrencinizin işyerimizde staj yapması uygun görülmüştür.

Kurumun/Kuruluşun Adı (Zorunlu)		İŞYERİ İMZA- KAŞE
Onaylayanın Adı Soyadı		
Çalışacağı Birim		
Telefon		
E-Mail		
Kurum Vergi No		
Kurumda IBAN No		
Kurum Adresi		
Kurumda Çalışan Personel Sayısı		
Staj yapmak istediğiniz grubu seçiniz (zorunlu)		Staj süresi
I.Grup <input type="checkbox"/> 19.06.2023-04.08.2023	II.Grup <input type="checkbox"/> 07.08.2023-17.09.2023	30 işgünü

## ÖĞRENCİNİN İMZASI

## DANIŞMAN ONAYI (Staj Yerini Kontrol ediniz)

Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan eder, belirtilen yerde ve zamanda stajımı yapacağımı ve herhangi bir değişiklikte ADYU SHMYO'yu bilgilendireceğimi kabul eder, staj evraklarımın hazırlanmasını saygılarımla arz ederim.

Ad-Soyad:

İmza:

Tarih:

Ad-Soyad

Ünvanı

İmza:

Tarih:

**NOT:** \* Formun staja başlama tarihinden en az 15 gün önce Yazı İşlerine teslim edilmesi gerekmektedir.

\*\* Öğrencinin devamsızlık hakkı BULUNMAMAKTADIR, şayet rapor alınırsa en geç rapor bitiş tarihinden 3 işgünüde kuruma bildirmesi zorunludur

\*\*\* Bu formda belirtilen staj yeri ve tarih değişikliği olduğunda 3 işgünüde Fatma Hanıma veya danışman hocasına mutlaka bilgi verilmelidir.