ARDAHAN ÜNİVERSİTESİ

 Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü

ULUSAL STAJ PROGRAMI STAJ BAŞVURU FORMU

# ÖĞRENCİNİN ADRES KAYIT BİLGİLERİ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| T.C.Kimlik No. |  |  |
| Adı |  | Soyadı |  |
| Mahalle/Semt |  | Cadde/Bulvar |  |
| Sokak |  | Posta Kodu |  |
| Kapı No |  | Daire No |  |
| İlçe |  | İl |  |
| Cep Telefonu |  | e-posta : |  |

**ÖĞRENCİNİN ÖĞRETİM BİLGİLERİ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Öğrenci No |  | Fakülte / MYO |  |
| Bölüm/Program |  | Sınıf |  |

|  |
| --- |
| **STAJ YAPILAN İŞYERİNİN** |
| Adı |  |
| Adresi |  |
| Üretim/Hizmet Alanı |  |
| Telefon Numarası |  | Faks Numarası |  |
| E-posta Adresi |  | Web Adresi |  |
| **STAJIN** |
| Başlama Tarihi | .…/..../2025 | Bitiş Tarihi | …./..../2025 | Süresi | 30 işgünü |
| StajGünleri | Pazartesi | Salı | Çarşamba | Perşembe | Cuma |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN** |
| Adı Soyadı |  | Tarih, İmza ve Kaşe |
| Görevi |  |
| E-posta Adresi |  |
|  |  |
| ÖĞRENCİNİN NÜFUS KAYIT BİLGİLERİ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Baba Adı |  | Ana Adı |  |
| Doğum Tarihi |  | Doğum Yeri |  |
| **ÖĞRENCİ ONAYI** | **BÖLÜM/PROGRAM ONAYI** |
| Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, staj yapacağım kurumun çalışma kurallarına uyacağımı beyan ederim.İmza: | Yukarıda kimlik bilgileri verilen, belirtilen tarihlerde ve kurumda Cumhurbaşkanlığı İnsan Kaynakları Ofisi tarafından isteğe bağlı staj yapması uygun görülen öğrenci, bölümümüz/programımız öğrencisi olup SGK işlemleri, 5510 sayılı kanuna göre, Üniversitemiz tarafından yapılmaktadır. **ÖNEMLİ NOT** Ulusal Staj Programı Uygulama Yönergesinin 5. Maddesine göre Program kapsamında staj yapacak öğrencilerin; staj süresi boyunca yükseköğretim öğrencisi olmaları gerekmektedir. Bu süre içerisinde mezun olan öğrencilerin SGK işlemleri yapılmaz. |
|  | Doç. Dr. Cemalettin AYVAZOĞLUOkul Müdür V. |
| Tarih: | Tarih: |

 Adres: Ardahan Üniversitesi Yenisey Kampüsü, Çamlıçatak Mevkii, Ardahan 75002 Telefon: +90 478 211 75 75