|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Untitled-1 | **GAZİ ÜNİVERSİTESİ****SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU** | Resim yapıştırarak bölüm staj/ işyeri eğitimi komisyonuna onaylatılacaktır. Fotokopi resim kullanmayınız |

**İLGİLİ MAKAMA**

Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin Gazi Üniversitesi Eğitim Öğretim ve Sınav Yönergesi gereği zorunlu stajını/mesleki uygulamasını kuruluşunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı |  | TC Kimlik No |  |
| Öğrenci No |  | Öğretim Yılı | **2019-2020** |
| E-posta Adresi |  | Telefon No (GSM) |  |
| Akademik Birim | **GAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU** |
| Önlisans/Lisans Programı |  |
| İkametgah Adresi |  |

STAJ / MESLEKİ UYGULAMA YAPILAN YER İLE İLGİLİ BİLGİLER

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mesleki Uygulama Başlangıç ve Bitiş Tarihi | **19/02/2020 – 22/05/2020** | Süresi(İş Günü/Saati) | **41 İŞ GÜNÜ** |
| Staj/Mesleki Uygulama Yapılan Yerin Adı |  |
| Staj/Mesleki Uygulama Yapılan Yerin Adresi |  |
| Faaliyet Alanı (Sektör) |  | Çalışan Personel Sayısı |  |
| Telefon Numarası |  | Faks Numarası |  |
| E-Posta Adresi |  | Web Adresi |  |

İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| Görevi |  | Öğrencinin staj/işyeri eğitimi/mesleki uygulama yapması uygundur. | Tarih:İşveren ÜnvanMühür ve İmza |
| E-posta Adresi |  |
| Tarih |  |
| İşveren S.G.K. Tescil No. |  |

ÖĞRENCİNİN NÜFUS KAYIT BİLGİLERİ (Staj/İşyeri eğitim/mesleki uygulama başvurusu kabul edildiği takdirde öğrenci tarafından doldurulur.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Soyadı |  | Nüfusa Kayıtlı Oduğu İl |  |
| Adı |  | İlçe |  |
| Baba Adı |  | Mahalle-Köy |  |
| Ana Adı |  | Cilt No |  |
| Doğum Yeri |  | Aile Sıra No |  |
| Doğum Tarihi  |  | Sıra No |  |
| TC Kimlik No |  | Verildiği Nüfus Dairesi |  |
| N. Cüzdan Seri No |  | Veriliş Nedeni |  |
| S.G.K. No. |  | Veriliş Tarihi |  |

Staj/İşyeri Eğitimi/mesleki uygulama süresi içerisinde alınan rapor, istirahat vb. durumları belgelerin aslını ibraz etmek üzere bölüm sekreterliğine bildireceğimi, stajımın/işyeri eğitimimin/mesleki uygulamamın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajdan/işyeri eğitiminden/mesleki uygulamamdan vazgeçme niyetim haline en az 3 iş günü önceden Program Başkanlığı ve Fakülteye bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 Sayılı kanun gereği doğacak cezai yükümlülükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ÖĞRENCİNİN İMZASI | STAJ/İŞYERİ EĞİTİMİ/MESLEKİ UYGULAMA KOMİSYONU ONAYI | AKADEMİK BİRİM ONAYI |
| Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildiririm.Tarih: **…../….../ 20…..** | Tarih: **…../….../ 20…..** | Tarih: **…../….../ 20…..** |

Not: Teslim edilecek form 3 asıl nüsha olarak (fotokopi değil) hazırlanır. Zorunlu staja / mesleki uygulamaya başlama tarihinden en az 2 hafta önce 1 nüshasının fakülte öğrenci işleri birimine, 1 nüshasının program staj/işyeri eğitimi/mesleki uygulama komisyonuna ve 1 nüshasının staj / mesleki uygulama yapılacak kurum/kuruluşa teslim edilmesi zorunludur.