



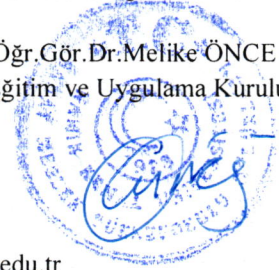
T.C.
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SARAY MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ
STAJ BAŞVURU FORMU

Aşağıda kimlik bilgileri yazılı öğrencimiz, mezun olabilmek için, TNKÜ Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin İşyerlerindeki Eğitim Uygulama ve Stajlarına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmeliğin 17.maddesine göre staj süresi ile ilgili esaslar temel alınarak öğrenim süresi içerisinde 30 (otuz) iş günü staj yapmak zorundadır.

Ayrıca öğrencimiz, 5510 Sayılı Sosyal Güvenlik Kanunu uyarınca staj eğitimi süresi içinde Meslek Yüksekokulumuz Müdürlüğünce sigortalanıp, primleri tarafımızca karşılanacaktır.

İş gücümüzün daha nitelikli olması bakımından, staj çalışmalarına büyük önem vermekteyiz. Bu nedenle öğrencilerimize staj imkânı sağlayacağımızı ümit eder, işlerinizde başarılar dileriz.

Öğr.Gör.Dr.Melike ÖNCE
Staj Eğitim ve Uygulama Kurulu Başkanı



Adres: Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi
Saray Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü
Ayaspaşa, Kümeevler No:1 59600
Saray / TEKİRDAĞ

Telefon : 0 282 250 42 00
Belgegeçer (Fax): 0 282 250 99 44

e-posta : saraymyo@nku.edu.tr
web : http://saraymyo.nku.edu.tr/

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

T.C.Kimlik No		Öğrenci No	
Adı		Bölümü/Programı	
Soyadı		Ev Telefonu	
Baba Adı		Cep Telefonu	
Doğum Yeri ve Tarihi		Halen herhangi bir şekilde (Anne, Baba, Eş veya Kendisi tarafından) sigortalı olup olmadığı	Sigortalıyım <input type="checkbox"/>
			Sigortalı Değilim <input type="checkbox"/>

STAJ YAPILACAK İŞYERİ/KURUM/KURULUŞ BİLGİLERİ

İşyeri Adı :	Staj Yapılacak Bölüm :
Adresi :	Staj Amiri Adı-Soyadı :
	Staj Amirinin Unvanı :
	Staj Amiri Telefon No :
Faaliyet Alanı :	İşyeri Telefon No :

Yukarıda bilgileri yazılı öğrencinizin/...../20.... -/...../20.... tarihleri arasında 30 (otuz) iş günü stajını İşyerimizde yapması uygundur.

Kaşe
Yetkili İmza

ÖĞRENCİ TAAHHÜDÜ

Yukarıda belirtilen işyerinde/...../20.... -/...../20.... tarihleri arasında 30 (otuz) iş günü olan stajımı yapacağımı, Staja başlama ve stajın bitiş tarihlerinin değişmesi halinde en az 10 (on) gün önceden Meslek Yüksekokulunuza bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı kanun gereği doğacak cezai yükümlülükleri kabul ettiğimi beyan ve taahhüt ederim.

Teslim Tarihi :/...../20....

Öğrenci Adı Soyadı :

İmza :

PROGRAM DANIŞMANI

Yukarıda bilgileri yazılı öğrencinin/...../20.... -/...../20.... tarihleri arasında isimli İşyerinde 30 (otuz) iş günü staj yapması uygundur.

...../...../20..
Program Danışmanı