Sayı : 45334981-304.03- /……./….../2024

Konu :Öğrenci Zorunlu Yaz Stajı

 **İLGİLİ MAKAMA**

 Yüksekokulumuz Lisans düzeyinde 4 yıllık eğitim ile Acil Yardım ve Afet Yönetimi Programını yürütmektedir. Yönetmeliğimiz gereği öğrencilerimiz yaz stajını yapmakla yükümlüdür.

Aşağıda açık kimliği yazılı …..………….….numaralı Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü öğrencimiz …. /…/2024 - …./…/2024 (20 işgünü) tarihleri arasında kurumunuzda Zorunlu Yaz Stajını yapmak istemektedir. **5510 Sayılı Sosyal Güvenlik Kanunu’nun 87.maddesinin (c) bendi hükümleri** uyarınca öğrencimizin zorunlu olarak staj yapacağı döneme ilişkin 20 iş günlük “İş Kazası ve Meslek Hastalığı” sigortası primi Üniversitemiz tarafından ödenecektir. Öğrencimizin kurumunuzda yaz stajını yapmasının uygun olup, olmadığını bildirmenizi arz/rica ederim.

Doç. Dr. Ayşe Handan DÖKMECİ

 Bölüm Başkanı

**ÖĞRENCİNİN**

|  |  |
| --- | --- |
| TC Kimlik Numarası |  |
| Adı Soyadı |  |
| Öğrenci No |  | Öğretim Yılı |  |
| e-posta adresi |  | Telefon No (GSM) |  |
| İkametgah Adresi |  |
| **STAJI YAPACAĞI ALAN** | **Kaç İşgünü Olduğu** |
|  | İşgünü |
| **TOPLAM İŞGÜNÜ** | İşgünü |

**İŞYERİ EĞİTİCİ PERSONELİ**

|  |  |
| --- | --- |
| Staj Yeri Adı |  |
| Adı Soyadı |  |
| Görevi |  | İmza / Kaşe /Mühür |  |
| Telefon |  |
| Tarih |  |

 **ÖĞRENCİ ÖĞRENCİ DANIŞMANI ONAYI STAJ YAPILAN İŞYERİ ONAYI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildiririm.Adı Soyadı:İmza:Tarih: | Adı Soyadı:İmza:Tarih: | Adı Soyadı:Mühür/Kaşe:Tarih: |