|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Üniversitemiz …………………………..….Fakültesi/Meslek Yüksekokulu/Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, ………….……………………… Bölümü/Programı , ….... sınıf öğrencilerinden, ……..…. nolu ………………..……..…………….…..…‘ in ..... iş günü staj yapması uygundur. Staj süresince öğrencimizin İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigortası üniversitemiz tarafından karşılanacaktır. Öğrencimizin belirtilen …./…./….-…./…./…. tarihlerde kurumunuzda staj yapabilmesi için onayınızı arz / rica ediyoruz.    Bölüm/ProgramBaşkanı (Head of Department)  Adı-Soyadı: (Name-Surname)  İmza: (Signature)  Our University ………………………… ..… .Faculty / Vocational School / Health Services Vocational School, …………. ……………………… Department / Program,… .... , …… ..…. Number. ……………… .. …… .. …………….… ..… is suitable doing internship on business days During the internship, our student's Work Accident and Occupational Disease Insurance will be covered by our university. Our student…. /…. /… .-…. /…. /…. We ask for your consent to be able to do an internship at your institution on dates. | | |
| **ÖĞRENCİ BİLGİLERİ (STUDENT INFORMATION)** | |
| Öğrencinin Adı ve Soyadı  Student's Name and Surname |  |
| Bölüm/Program-Sınıf (Department / Program-Class) |  |
| Öğrenci No (Student Number) |  |
| TC. No (TR Indentification Number) |  |
| Adres (Address) |  |
| Cep Telefonu (Mobile phone) |  |
| Ev Telefonu (Home phone) |  |
| E-posta (E mail) |  |
| **KURUM BİLGİLERİ (INSTITUTION INFORMATION)** | |
| Staj Yapılacak Kurumun Adı (Name of the Internship Institution) |  |
| Kurumun Adresi (Address of the Institution) |  |
| Kurum yetkilisinin Adı ve Soyadı  (Name and Surname of the institution official) |  |
| Telefon (Telephone) |  |
| Kurum yetkilisinin e-posta( Institution official's e-mail) |  |
| **KURUM ONAYI( INSTITUTION APPROVAL)** | |
| Onaylayan Adı ve Soyadı  (Approver Name and Surname) |  |
| Görevi (Task) |  |
| Tarih(Dare)  İmza Kaşe (Signature –Stamp) |  |
| **STAJ BAŞVURUSU REDEDİLDİYSE NEDENLERİ (REASONS IF THE INTERNSHIP APPLICATION IS REJECTED)** | |
|  | |
| **…………………………………………BÖLÜMÜ ONAYI (APPROVAL OFDEPARTMENT)** | |
| Adı ve Soyadı (Name Surname) |  |
| Telefon (Phone) |  |
| E-Posta (E mail) |  |
| Görüş (Opinion) | **Kabul (Accept)**  **Ret(Rejection)** |
| Tarih(Date )  İmza (Signature) |  |