



SAKARYA UYGULAMALI BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ
SPOR BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

ANTRENÖRLÜK EĞİTİMİ BÖLÜMÜ

STAJ KABUL FORMU

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı T.C. Kimlik Numarası
Fakülte Numarası
Telefon (Cep/Ev) e-posta
Staj Süresi (İş Günü) 22 Gün
Staj Başlama ve Bitiş Tarihi/...../202..... -/...../202.....

– Yukarıda belirtilen tarihler arasında İş günlük stajımı yapacağım.
– Staj süresi içerisinde alınan rapor, istirahat vb. durumları belgelerin aslını ibraz etmek üzere bölüm sekreterliğine bildireceğimi, stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajdan vazgeçmem halinde en az (7) gün önceden ilgili eğitim (okul) birimine bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı kanun gereği doğacak cezai yükümlükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.

...../...../.....

Öğrencinin İmzası

...../...../.....

Bölüm Staj Yetkilisinin Kaşe ve İmzası
Haydar ÖZDEMİR

İŞYERİNİN

Ünvanı
Adresi
Telifon Numarası
E-Posta Adresi
Iban no
Firma İşyeri Sicil Numarası
Firmanın Vergi Numarası
Ticaret / Esnaf Odası Sicil No
Faaliyet Alanı (Sektör)
Firmanın Toplam Personel Sayısı
Talep Edilen devlet Katkısı Tutarı

SORUMLU ANTRENÖRÜN

Adı Soyadı
Branşı
Kademesi
Sicil No
Telifon Numarası
E-Posta Adresi

- Yukarıda kimliği verilen bölümümüz öğrencisinin belirtilen iş günü kadar staj yapması zorunludur.
- Staj süresi boyunca Öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Üniversitemiz tarafından yapılacaktır.
- Firmanın Staj yapacak öğrenciye Ücret Ödenip / Ödenmeyeceği / Bordro veya Banko Dekontu bildirim yapılması zorunludur (Stajın sonunda, [Devlet Katkısı Formu](#) ve Banka Dekontunun iletilmesi gerekir)

Yukarıda Adı soyadı ve T.C. Kimlik Numarası yazılı öğrencinin yukarıda belirtilen tarihlerde iş yerimizde staj yapması uygun görülmüştür.

İŞVEREN veya YETKİLİSİNİN

Adı Soyadı
(Ünvanı)

..... / /

Mühür ve İmza

Yukarıda Adı soyadı ve T.C. Kimlik Numarası yazılı öğrencinin yukarıda belirtilen tarihlerde ve kurumda staj yapması uygun görülmüştür.

BÖLÜM STAJ KOMİSYONU BAŞKANI

Adı Soyadı

..... / /

Mühür ve İmza