



SAKARYA UYGULAMALI BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ
SPOR BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
ANTRENÖRLÜK EĞİTİMİ BÖLÜMÜ

STAJ KABUL FORMU

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı :

Fakülte Numarası :

T.C. Kimlik Numarası :

Telefon (Cep/Ev) :

e-posta :

YAPACAĞI STAJIN

Türü :

Süresi (İş Günü) :

Staj Başlama ve Bitiş Tarihi :/...../..... -/...../.....

– 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

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.

Bölüm Staj Yetkilisinin Kaşe ve İmzası

İŞYERİNİN

Ünvanı :

İban no:

Adresi :

Tel Numarası :

Fax Numarası :

Firma İşyeri Sicil Numarası :

Firmanın Vergi Numarası :

Ticaret / Esnaf Odası Sicil No :

E-Posta Adresi :

Faaliyet Alanı (Sektör) :

Firmanın Toplam Personel Sayısı:

Firmanın Staj yapacak öğrenciye Ücret Ödenip / Ödenmeyeceği / Bodro veya Banko Dekontu bildirim yapılması zorunludur. Talep Edilen devlet Katkısı Tutarı:

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

UYGUNDUR

..... / /

Bölüm Staj Komisyonu Başkanı

Önemli Not: İşletmede 20 den fazla kişi çalışıyorsa belirtilmelidir.