**FORM-1**

**YALOVA ÜNİVERSİTESİ**

**İKTİSADİ İDARİ BİLİMLER FAKÜLTESİ**

**STAJ İZİN FORMU**

...... / ...... / 201..

Sayın Yetkili,

Firma Adı

Aşağıda kimlik bilgileri verilen Yalova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi …………………………………………Bölümü öğrencisinin firmanızda isteğe bağlı olarak staj yapması uygundur.

……………………………………

Bölüm Onayı

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 87. maddesinin (e) bendi hükümleri uyarınca isteğe bağlı olarak staj yapılacak döneme ilişkin “İş Kazası ve Meslek Hastalığı” sigortası primi Üniversitemiz tarafından Sosyal Güvenlik Kurumuna ödenecektir.

……………………………………

Dekan Yardımcısı

**STAJ YAPILACAK**

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma Adı** |  |
| **Sorumlu Kişi** |  |
| **Adres/Tel** |  |

**ÖĞRENCİNİN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı |  |  |  |  | T.C Kimlik No. |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Öğrenci No |  |  |  |  | Öğretim Yılı |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| E-posta Adresi |  |  |  |  | Telefon No |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Staja Başlama Tarihi: ...... | / ...... | / 201.. | Bitiş Tarihi: | /...... ...... | / 201.. |  | Süresi: ........ | gün |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |