



KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ

ZORUNLU STAJ FORMU

Resim

İLGİLİ MAKAMA

Aşağıda kimliği belirtilen öğrencimiz kurumunuzda yaz stajını yapmak istemektedir. Yüksekokulumuz öğrencilerinin 2 yıllık eğitim süresi boyunca en az bir yerde toplam 20 iş günü staj yapma zorunlulukları bulunmaktadır. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 5. maddesi b bendi uyarınca ve aynı yasanın 87. maddesinin birinci fıkrası (e) bendi gereğince staj süresi gereğince öğrencinin sigorta primleri Meslek Yüksekokulumuzca karşılanacaktır. Öğrencimizin kurumunuzda staj yapmasının uygun olup olmadığının tarafımıza bildirilmesini arz/rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Özge YILMAZER
Staj Komisyonu Başkanı

SGK DURUMU (Sosyal güvencesi ailesi üzerine veya kendi adına)

VAR ☐ YOK ☐

Adı Soyadı		İkametgâh Adresi	
Kimlik No			
Öğrenci No		İl:	
Sınıfı		İlçe:	
Eğitim Öğretim Yılı		Mahalle:	
E-posta adresi		Cadde/Sokak:	
Telefon No (GSM)		Apt/Daire No:	

STAJ YAPILAN KURUMA AİT BİLGİLER

Firma Adı			
Adresi			
Üretim/Hizmet Alanı			
Telefon No	Faks No.		
E-posta adresi	Web Adresi		
Staja Başlama Tarihi	Bitiş Tarihi	Süresi (Hafta)	

STAJ YAPILACAK ALANLAR

HAFTA

STAJ YAPILACAK TOPLAM HAFTA	

İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN

Adı Soyadı	
Görevi	
E-posta adresi	
Tarih	
İşveren S.G.K. Tescil No.	

ÖĞRENCİNİN İMZASI Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim. Tarih	STAJ KOMİSYONU ONAYI Tarih	STAJ YAPILAN YERİN ONAYI (İmza ve mühür) Tarih
---	--	---

NOT: Bu form iki nüsha düzenlenecektir.



KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ

ZORUNLU STAJ FORMU

Resim

İLGİLİ MAKAMA

Aşağıda kimliği belirtilen öğrencimiz kurumunuzda yaz stajını yapmak istemektedir. Yüksekokulumuz öğrencilerinin 2 yıllık eğitim süresi boyunca en az bir yerde toplam 20 iş günü staj yapma zorunlulukları bulunmaktadır. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 5. maddesi b bendi uyarınca ve aynı yasanın 87. maddesinin birinci fıkrası (e) bendi gereğince staj süresi gereğince öğrencinin sigorta primleri Meslek Yüksekokulumuzca karşılanacaktır. Öğrencimizin kurumunuzda staj yapmasının uygun olup olmadığının tarafımıza bildirilmesini arz/rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Yunus Emre GÜRSOY
Staj Komisyonu Başkanı

SGK DURUMU (Sosyal güvencesi ailesi üzerine veya kendi adına)

VAR ☐ YOK ☐

Adı Soyadı		İkametgâh Adresi	
Kimlik No			
Öğrenci No		İl:	
Sınıfı		İlçe:	
Eğitim Öğretim Yılı		Mahalle:	
E-posta adresi		Cadde/Sokak:	
Telefon No (GSM)		Apt/Daire No:	

STAJ YAPILAN KURUMA AİT BİLGİLER

Firma Adı			
Adresi			
Üretim/Hizmet Alanı			
Telefon No	Faks No.		
E-posta adresi	Web Adresi		
Staja Başlama Tarihi	Bitiş Tarihi	Süresi (Hafta)	

STAJ YAPILACAK ALANLAR

HAFTA

STAJ YAPILACAK TOPLAM HAFTA	

İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN

Adı Soyadı	
Görevi	
E-posta adresi	
Tarih	
İşveren S.G.K. Tescil No.	

ÖĞRENCİNİN İMZASI Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim. Tarih	STAJ KOMİSYONU ONAYI Tarih	STAJ YAPILAN YERİN ONAYI (İmza ve mühür) Tarih
---	--	---

NOT: Bu form iki nüsha düzenlenecektir.



KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ

ZORUNLU STAJ FORMU

Resim

İLGİLİ MAKAMA

Aşağıda kimliği belirtilen öğrencimiz kurumunuzda yaz stajını yapmak istemektedir. Yüksekokulumuz öğrencilerinin 2 yıllık eğitim süresi boyunca en az bir yerde toplam 20 iş günü staj yapma zorunlulukları bulunmaktadır. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 5. maddesi b bendi uyarınca ve aynı yasanın 87. maddesinin birinci fıkrası (e) bendi gereğince staj süresi gereğince öğrencinin sigorta primleri Meslek Yüksekokulumuzca karşılanacaktır. Öğrencimizin kurumunuzda staj yapmasının uygun olup olmadığının tarafımıza bildirilmesini arz/rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Müzeyyen ÖZHAVZALI
Staj Komisyonu Başkanı

SGK DURUMU (Sosyal güvencesi ailesi üzerine veya kendi adına)

VAR ☐ YOK ☐

Adı Soyadı		İkametgâh Adresi	
Kimlik No			
Öğrenci No		İl:	
Sınıfı		İlçe:	
Eğitim Öğretim Yılı		Mahalle:	
E-posta adresi		Cadde/Sokak:	
Telefon No (GSM)		Apt/Daire No:	

STAJ YAPILAN KURUMA AİT BİLGİLER

Firma Adı			
Adresi			
Üretim/Hizmet Alanı			
Telefon No		Faks No.	
E-posta adresi		Web Adresi	
Staja Başlama Tarihi		Bitiş Tarihi	Süresi (Hafta)

STAJ YAPILACAK ALANLAR

HAFTA

STAJ YAPILACAK TOPLAM HAFTA	

İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN

Adı Soyadı	
Görevi	
E-posta adresi	
Tarih	
İşveren S.G.K. Tescil No.	

ÖĞRENCİNİN İMZASI Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim. Tarih	STAJ KOMİSYONU ONAYI Tarih	STAJ YAPILAN YERİN ONAYI (İmza ve mühür) Tarih
---	--	---

NOT: Bu form iki nüsha düzenlenecektir.



KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ

ZORUNLU STAJ FORMU

Resim

İLGİLİ MAKAMA

Aşağıda kimliği belirtilen öğrencimiz kurumunuzda yaz stajını yapmak istemektedir. Yüksekokulumuz öğrencilerinin 2 yıllık eğitim süresi boyunca en az bir yerde toplam 20 iş günü staj yapma zorunlulukları bulunmaktadır. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 5. maddesi b bendi uyarınca ve aynı yasanın 87. maddesinin birinci fıkrası (e) bendi gereğince staj süresi gereğince öğrencinin sigorta primleri Meslek Yüksekokulumuzca karşılanacaktır. Öğrencimizin kurumunuzda staj yapmasının uygun olup olmadığının tarafımıza bildirilmesini arz/rica ederim.

Öğr. Gör. Dr. M. Buğra AKYILDIZ
Staj Komisyonu Başkanı

SGK DURUMU (Sosyal güvencesi ailesi üzerine veya kendi adına)

VAR ☐ YOK ☐

Adı Soyadı		İkametgâh Adresi	
Kimlik No			
Öğrenci No		İl:	
Sınıfı		İlçe:	
Eğitim Öğretim Yılı		Mahalle:	
E-posta adresi		Cadde/Sokak:	
Telefon No (GSM)		Apt/Daire No:	

STAJ YAPILAN KURUMA AİT BİLGİLER

Firma Adı	
Adresi	
Üretim/Hizmet Alanı	
Telefon No	Faks No.
E-posta adresi	Web Adresi
Staja Başlama Tarihi	Bitiş Tarihi
	Süresi (Hafta)

STAJ YAPILACAK ALANLAR

HAFTA

STAJ YAPILACAK TOPLAM HAFTA	

İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN

Adı Soyadı	
Görevi	
E-posta adresi	
Tarih	
İşveren S.G.K. Tescil No.	

ÖĞRENCİNİN İMZASI Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim. Tarih	STAJ KOMİSYONU ONAYI Tarih	STAJ YAPILAN YERİN ONAYI (İmza ve mühür) Tarih
---	--	---

NOT: Bu form iki nüsha düzenlenecektir.



KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ

ZORUNLU STAJ FORMU

Resim

İLGİLİ MAKAMA

Aşağıda kimliği belirtilen öğrencimiz kurumunuzda yaz stajını yapmak istemektedir. Yüksekokulumuz öğrencilerinin 2 yıllık eğitim süresi boyunca en az bir yerde toplam 20 iş günü staj yapma zorunlulukları bulunmaktadır. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 5. maddesi b bendi uyarınca ve aynı yasanın 87. maddesinin birinci fıkrası (e) bendi gereğince staj süresi gereğince öğrencinin sigorta primleri Meslek Yüksekokulumuzca karşılanacaktır. Öğrencimizin kurumunuzda staj yapmasının uygun olup olmadığının tarafımıza bildirilmesini arz/rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Şükrü DİLSİZ
Staj Komisyonu Başkanı

SGK DURUMU (Sosyal güvencesi ailesi üzerine veya kendi adına)

VAR ☐ YOK ☐

Adı Soyadı		İkametgâh Adresi	
Kimlik No			
Öğrenci No		İl:	
Sınıfı		İlçe:	
Eğitim Öğretim Yılı		Mahalle:	
E-posta adresi		Cadde/Sokak:	
Telefon No (GSM)		Apt/Daire No:	

STAJ YAPILAN KURUMA AİT BİLGİLER

Firma Adı			
Adresi			
Üretim/Hizmet Alanı			
Telefon No	Faks No.		
E-posta adresi	Web Adresi		
Staja Başlama Tarihi	Bitiş Tarihi	Süresi (Hafta)	

STAJ YAPILACAK ALANLAR

HAFTA

STAJ YAPILACAK TOPLAM HAFTA	

İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN

Adı Soyadı	
Görevi	
E-posta adresi	
Tarih	
İşveren S.G.K. Tescil No.	

ÖĞRENCİNİN İMZASI

Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Tarih

STAJ KOMİSYONU ONAYI

Tarih

STAJ YAPILAN YERİN ONAYI
(İmza ve mühür)

Tarih

NOT: Bu form iki nüsha düzenlenecektir.



KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ

ZORUNLU STAJ FORMU

Resim

İLGİLİ MAKAMA

Aşağıda kimliği belirtilen öğrencimiz kurumunuzda yaz stajını yapmak istemektedir. Yüksekokulumuz öğrencilerinin 2 yıllık eğitim süresi boyunca en az bir yerde toplam 20 iş günü staj yapma zorunlulukları bulunmaktadır. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 5. maddesi b bendi uyarınca ve aynı yasanın 87. maddesinin birinci fıkrası (e) bendi gereğince staj süresi gereğince öğrencinin sigorta primleri Meslek Yüksekokulumuzca karşılanacaktır. Öğrencimizin kurumunuzda staj yapmasının uygun olup olmadığının tarafımıza bildirilmesini arz/rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Aylin NALÇACI İKİZ
Staj Komisyonu Başkanı

SGK DURUMU (Sosyal güvencesi ailesi üzerine veya kendi adına)

VAR ☐ YOK ☐

Adı Soyadı		İkametgâh Adresi	
Kimlik No			
Öğrenci No		İl:	
Sınıfı		İlçe:	
Eğitim Öğretim Yılı		Mahalle:	
E-posta adresi		Cadde/Sokak:	
Telefon No (GSM)		Apt/Daire No:	

STAJ YAPILAN KURUMA AİT BİLGİLER

Firma Adı			
Adresi			
Üretim/Hizmet Alanı			
Telefon No	Faks No.		
E-posta adresi	Web Adresi		
Staja Başlama Tarihi	Bitiş Tarihi	Süresi (Hafta)	

STAJ YAPILACAK ALANLAR

HAFTA

STAJ YAPILACAK TOPLAM HAFTA	

İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN

Adı Soyadı	
Görevi	
E-posta adresi	
Tarih	
İşveren S.G.K. Tescil No.	

ÖĞRENCİNİN İMZASI Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim. Tarih	STAJ KOMİSYONU ONAYI Tarih	STAJ YAPILAN YERİN ONAYI (İmza ve mühür) Tarih
---	--	---

NOT: Bu form iki nüsha düzenlenecektir.