**Kayıt Tarihi :**

**Kayıt Sıra No :**

**İLGİLİ MAKAMA**

Yüksekokulumuz Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü İlk ve Acil Yardım Programı öğrencilerinin öğrenim süresi sonuna kadar kuruluş ve işletmelerde staj yapma zorunluluğu vardır. Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin stajını 30 (Otuz) gün süreyle kuruluşunuzda yapması hususunda göstereceğiniz ilgiye teşekkür ederiz.

Öğrencimizin işyerinizde yapacağı staj süresince **Sosyal Güvenlik Kurumu’na Zorunlu Staj Sigorta Primi Birimimizce ödenecektir.**

 …….../…..…./…..…

Bölüm Başkanı

 Öğr. Gör. Murat İNCİ

| Adı Soyadı |  |
| --- | --- |
| Öğrenci No |  | Öğretim Yılı | **2024-2025** |
| e-posta adresi |  | Telefon No |  |
| T.C.Kimlik No. |  | Nüf. Kay. Ol. İl |  |
| Baba Adı |  | İlçe |  |
| Ana Adı |  | Mahalle-Köy |  |
| Doğum Yeri ve Tarihi | …../......../..... | Verildiği Nüfus Dairesi |  |
| İkametgah Adresi |  |
| Staj Dönemi | 2025 Yılı Yaz Stajı Uygulama | Staj Şekli | Şantiye Büro |
| Ailemin SGK güvencesi |  | VAR  | YOK |

1. **ÖĞRENCİ BİLGİLERİ**
2. **STAJ YAPILACAK İŞLETME BİLGİLERİ**

| Adı |  |
| --- | --- |
| Adresi |  |
| Faaliyet Konusu, Üretim/Hizmet Alanı |  |
| Telefon No |  | Faks No. |  |
| e-posta adresi |  | İnternet Adresi |  |
| **\*\* Staja Başlatma Tarihi** |  | **\*\*Bitiş Tarihi** |  | Süresi (gün) | **30** |
| İşyerinde hafta sonu çalışma: | Var □ Yok □ |  |  |  |  |

**3. İŞLETME ONAYI**

Yukarıda bilgileri yazılı öğrencinizinbelirtilen tarihler arasında işyerimizde staj yapması uygun görülmüştür.

| Adı Soyadı |  |
| --- | --- |
| Görev ve Ünvanı |  | İmza / Kaşe |  |
| e-posta adresi |  |
| Tari | …../....../20... |

**Not:** Bu formu onayladıktan sonra Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Ermenek Meslek Yüksekokulunun ilgili Bölüm Staj Komisyonu Başkanlığı Seyran Mah. Muzaffer Tutar Cad. No:15 70400 Ermenek/ KARAMAN adresine gönderiniz.