**STAJ YERİ KABUL FORMU**

**Sayı: …**/… /20…

**Konu:** 20…-20… Yılı Stajı

EREĞLİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

 EREĞLİ/KONYA

 Meslek Yüksekokulunuz .......................................... Programına kayıtlı …………….no’lu ……………………………………………. isimli öğrencinizin, …./…/20…. - …. /…./20… tarihleri arasında 20 iş günü olmak üzere işyerimizde aşağıdaki koşullarda staj yapması uygun görülmüştür.

 Bilgilerinize arz ederim.

 Yetkilinin Adı Soyadı

 İmzası-Kaşesi

**İŞYERİNİN**

Unvanı :

Açık adresi :

Tel. No :

Tic. Sicil No :

Vergi Sicil No :

Baro- Birlik Sicil No :

Sigorta Sicil No :

Çalışan personel sayısı :

Faaliyet Konuları :

Diğer Bilgiler :

Bu Konu ile olarak işyerimizde

ilişki kurabileceğiniz

yetkili kişiler :

**KURUM YETKİLİSİ**

Adı Soyadı :

Unvanı :

Tel. No :

|  |  |
| --- | --- |
| **ÖĞRENCİYE SAĞLAYABİLECEĞİMİZ İMKÂNLAR** |  **ÖĞRENCİDEN İSTEDİĞİMİZ BELGELER** |
|  | Evet | Hayır |  | Evet | Hayır | Adet |
| 1. Ücret |  |  | 1. Fotoğraf |  |  |  |
| 2. Sigorta | Üniversite Sağlıyor (İş Kazası ve Meslek Hastalığı) | 2. Nüfus Cüz. Sureti |  |  |  |
| 3. Yemek |  |  | 3. SSK Sig. Kr. |  |  |  |
| 4. Servis |  |  | 4. İkametgâh Bel. |  |  |  |
| 5. Misafirhane |  |  | 5. Diğer |  |  |  |
| 6. Diğer |  |  |  |  |  |  |

***NOT:*** *Stajın geçerli sayılabilmesi için bu belgenin doğru bilgiler ile eksiksiz olarak doldurulması gerekmektedir*