T.C.
KİLİS 7 ARALIK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER MESLEK YÜKSEKOKULU

STAJ BAŞVURU FORMU

Sayın Yetkili,

Aşağıda bilgileri yazılı öğrencimiz öğrenimini yaptığı programın uygulama alanlarında 20 iş günü staj yapmakla yükümlüdür**.** İşyerlerinde staj yapacak olan öğrencilerimizin staj eğitimi süresince iş kazası ve meslek hastalıkları sigorta primleri 5510 sayılı kanunun 5/b maddesi kapsamında üniversitemiz tarafından karşılanacaktır. Öğrencimizin kurumunuzda/işletmenizde yapacağı staj eğitimi talebinin değerlendirilerek uygun bulunması durumunda bu formun "İşyeri Onayı" kısmının tarafınızca tanzimi ve öğrenciye teslimi konusunda göstereceğiniz ilgiye teşekkür ederiz.

Birim Staj Komisyonu Başkanı

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ VE ONAYI

Adı Soyadı			Sınıf	
Programı			Öğrenci No	
T.C. Kimlik No			Telefon No	
E–Posta Adresi				
İkametgâh Adresi				
SGK Bildirimi	Ailem (Anne/baba/eş) ya da kendi üzerimden genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti alıyorum.			Ailem (Anne/baba/eş) ya da kendi üzerimden genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti almıyorum. ☐
	☐ SGK	☐ Emekli Sandığı	☐ BAĞKUR	
Staj	☐ İşyeri Stajı			☐ Ulusal Staj Programı
Staj Başlangıç Tarihi Staj Bitiş Tarihi	01 Temmuz 2026 29 Temmuz 2026			…… /…… /2026 …… /…… /2026
Ekler	☐ 1- Kimlik Fotokopisi ☐ 2- SGK Provizyon ☐ 3- Taahhüt			☐ 4- Staj Sözleşmesi

SOSYAL BİLİMLER MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yukarıda adı geçen kurumda / işyerinde, belirtilen tarihler arasında 20 iş günü stajımı yapacağımı taahhüt ediyorum ve durumumda herhangi bir değişiklik olması halinde söz konusu değişikliği ivedi olarak okuluma bildireceğimi kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak prim, idari para cezası, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafımca ödeneceğini ve stajımın iptal edileceğini kabul ve taahhüt ederim.

Gereğini arz ederim. … /… /2026

Öğrencinin Adı – Soyadı:
İmzası:

İŞYERİ/KURUM BİLGİLERİ VE ONAYI

İşyerinin	Adı			
	Adresi			
	Üretim / Hizmet Alanı		Web Adresi	
	Telefon No		E–Posta Adresi	
	Faks No		Çalışan Personel Sayısı	
Stajyeri Kabul Eden Birim				
İŞVEREN VEYA STAJ YETKİLİSİNİN				
Adı Soyadı				… /… /2026
Görev ve Unvanı				
E–Posta Adresi				
Staj Süresi	20 İş Günü			İmza / Kaşe / Mühür

SOSYAL BİLİMLER MESLEK YÜKSEKOKULU BÖLÜM STAJ KOMİSYON BAŞKANI ONAYI

Öğrencinin stajını yukarıda belirtilen işyerinde/kurumda yapması; ☐ UYGUNDUR ☐ UYGUN DEĞİLDİR

Bölüm Staj Komisyonu Başkanı