|  |
| --- |
| **logo_2005T.C.**  **SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ**  **EĞİRDİR SAĞLIK HİZMETLERİ**  **MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ** |

**Sayı : 38630820/**

**Konu : Staj**

**İLGİLİ MAKAMA**

Yüksekokulumuz ülkemiz ihtiyaçlarına uygun nitelikli insan gücü yetiştiren iki yıllık önlisans düzeyinde eğitim-öğretim yapan bir Yükseköğretim kurumudur. Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin işyerlerindeki Eğitim, Uygulama ve Stajlarına ilişkin Esas ve Usuller Hakkında Yönetmelik gereğince bir öğrencinin mezun olabilmesi için öğrenim süresi boyunca en az 30 iş günü uygulamaya dayalı öğrenim (staj) yapması gerekmektedir. Bu zorunlu yükümlülüklerinde onlara yardımcı olmanız, stajyer kabul edeceğiniz öğrencilerimizin işyerinizdeki kendi personelinize sağladığınız sosyal olanaklardan yaralanması hususunda gerekli özveriyi göstermeniz dileğiyle, eğitime vereceğiniz katkılar için teşekkür eder, işlerinizde başarılar dileriz.

Aşağıda bilgileri gösterilmiş olan öğrencimiz, iş yerinizde staj yapmak istemektedir. Tarafınızca da kabul edildiği takdirde staj kabul formunu onaylayıp okulumuza göndermenizi arz/rica ederim.

**Bu Kısım Öğrenci tarafından doldurulacaktır.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Öğrenci Bilgileri** | | | |
| Okul Numarası | Adı Soyadı | Öğrenim Gördüğü Program | Staj Baş. Ve Bit. Tarihleri |
|  |  |  | …/.../20….-…/.../20 |

* **Not: Staj Tarihleri kesinlikle boş geçilmeyecektir.**

**İŞ YERİ STAJ KABUL FORMU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| STAJ YAPILACAK İŞ YERİ BİLGİLERİ VE ONAYI  **(Bu Bölüm iş yeri tarafından doldurulacaktır.)** | | |
| İş Yerinin Adı |  | |
| Adresi |  | |
| İş Yerinizde Stajyer Öğrenci Haftanın Kaç İş Günü Çalıştırılacaktır? | | Haftada…………………………….iş günü çalışacaktır. |
| Tel:......................................... Faks:……………………….. e-mail:………………………….. | | |
| İş yeri Onayı | Yukarıda Bilgileri verilen öğrencinin işyerimizde staj yapması  Uygundur / uygun değildir.  İmza  ……./……/20…..  (Adı Soyadı) | |

|  |  |
| --- | --- |
| **STAJ KOMİSYONU İŞ YERİ UYGUNLUK ONAYI**  **(Bu Bölüm okul Program komisyonu tarafından onaylanacaktır.)** | |
| Staj Komisyonu Onayı  (Staj komisyonu üyelerinden herhangi birisi onaylayacaktır.) | **Staj Yeri Uygundur/Uygun Değildir.**  İmza  ……./…../20……  Adı Soyadı |
| **Not**: Yüksek öğrenimleri sırasında zorunlu staja tabi tutulan öğrencilerin 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası kapsamında, stajları süresince ödenmesi gereken iş kazası ve meslek hastalığı sigorta primi Yüksekokulumuz tarafından ödenecektir. | |

Süleyman Demirel Üniversitesi – Eğirdir Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü

Tel: 0 246 313 25 20 Faks: 0246 313 25 21 web: <http://eshmyo.sdu.tr/> e-mail: eshmyo@sdu.edu.tr