|  |  |
| --- | --- |
|  | **T.C.**  **İSKENDERUN TEKNİK ÜNİVERSİTESİ**  **HAVACILIK VE UZAY BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  **HAVACILIK VE UZAY MÜHENDİSLİĞİ BÖLÜMÜ**  **STAJ BAŞVURU FORMU** |

**STAJYER ÖĞRENCİ BİLGİLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| T.C Kimlik No |  |
| Bölümü |  |
| Öğrenci numarası/Sınıf |  |
| E-mail adresi |  |
| Cep telefonu |  |
| Adres |  |

Yukarıda kimlik bilgileri öğrencinin **20** **iş günü** staj yapması gerekmektedir.Staj yerinin Meslek alanını ilgilendirir bir işyeri olması gerekmektedir. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 87. Maddesi gereğince “**İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigortası**” üniversitemiz tarafından yaptırılacak ve staj süresince primi ödenecektir. Bölümümüzde her bir staj 20 iş günü süreli yapılır.

**STAJ YAPILAN YERİN **

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı |  | | |
| Adresi |  | | |
| Üretim/hizmet alanı |  | | |
| Telefon No |  | Staj Bitiş Tarihi |  |
| E-posta adresi |  | Staj Süresi |  |
| Staj Başlama Tarihi |  | Web adresi |  |

**İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adı Soyadı |  | **İMZA/KAŞE** |
| Görev ve Unvanı |  |  |
| E-posta adresi |  |
| Tarih |  |

**STAJ KOMİSYON ONAYI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Staj Komisyonu Değerlendirmesi** | | |
| **Üye**  **(Adı, Soyadı ve İmza)** | Başkan  (Adı, Soyadı ve İmza) | **Üye**  **(Adı, Soyadı ve İmza)** |
|  |  |  |
| Staj Başvurusunun Uygunluğu  ⃣ UYGUNDUR ⃣ UYGUN DEĞİLDİR | | |