|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Öğrencinin** | T.C. Kimlik No |  | Fotoğraf |
| Adı Soyadı |  |
| Baba Adı |  |
| Doğum Yeri ve Tarihi |  |
| İşyeri adı, adresi |  |
| **Kurum Yetkilisi/İşveren tarafından doldurulacak** | Yukarıda kimliği belirtilen ………………………………………………………. isimli personelimizin, işyerimizde ……………………………………… meslek alanında …./……/……. tarihinden itibaren ……../……./…….. tarihine kadar fiilen çalıştığını beyan ederim.  ….. /……. /……  Kurum/İşyeri yetkilisinin  Adı, Soyadı : İmza-Mühür  Ünvanı :  Telefon :  **İlgili öğrencinin çalışma alanı ve yaptığı işler:**  1-……………………………………………………………………….  2-……………………………………………………………………….  3-……………………………………………………………………….  4-……………………………………………………………………….  5-………………………………………………………………………. | | |
| **KARABÜK ÜNİVERSİTESİ**  **SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE**  Okulunuz …………..…………………………………… Programı …..………………… nolu öğrencisiyim. Yukarıdaki beyanda belirtilen tarihler arasında ………………….……………………….. isimli işyerinde çalıştım/çalışmaktayım. Zorunlu olarak yapmam gereken staj çalışmasından muaf tutulmamı saygılarımla arz ederim.  **İmza**  **Tlf:**  **Ek:** SGK hizmet döküm belgesi **Öğrencinin**  **Adı, Soyadı** | | | |
| **SONUÇ**  İlgili öğrenci ……… iş günlük mesleki stajdan muaf tutulabilir/tutulamaz.  **UYGUNDUR**  **……./…….../……….**  **Program Staj Koordinatörünün Staj Komisyon Başkanının**  Adı Soyadı : Adı Soyadı :  İmza : İmza : | | | |