|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 ………………………………………………………. İsimli 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.  **Öğrencinin Adı-Soyadı:**  İmza:  **Tel:**  **Ek:** SGK hizmet döküm belgesi | | | |
| **SONUÇ**  İlgili öğrencinin … iş günlük staj muafiyeti kabul edilmiştir/ kabul edilmemiştir.  **UYGUNDUR**  **……./…….../……….**  **Program Sorumlusunun Staj Komisyon Başkanının**  Adı Soyadı: Adı Soyadı:  İmza: İmza: | | | |