|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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: |