**STAJ YERİ UYGUNLUK FORMU**

**Konu:** 20…. Yılı Zorunlu Yaz Stajı .…/…./20…

**KAYNAŞLI MESLEK YÜKSEKOKULU**

**YÖNETİM VE ORGANİZASYON BÖLÜM BAŞKANLIĞI’NA**

Düzce Üniversitesi Kaynaşlı Meslek Yüksekokulu Lojistik Programı, ……………………..…. Numaralı …………………………………….…… isimli öğrencinizin kurumumuzda aşağıda belirtilen tarihler arasında, 3308 Sayılı Mesleki Eğitim Kanuna Göre İşletmelerde Mesleki Eğitim Gören Öğrencilerin Ücretlerinin Bir Kısmının İşsizlik Fonundan Karşılanmasına İlişkin Usul ve Esaslar ve 4447 sayılı İşsizlik Sigortası Kanununu çerçevesinde 30 iş günü staj yapması uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

**Staj Yapabilecekleri Tarih Aralıkları** *(Aşağıda belirtilen tarihler dışında zorunlu staj yapılamaz)*

*(Tüm dersleri başarı ile tamamlamış, sadece zorunlu stajı kalanlar öğrenciler belirtilen tarihlerin dışındaki tarihlerde de staj yapabilirler)*

**Staj Yapılacak Kurum Bilgileri;**

ADI/ÜNVANI : …………………………………………………………………………………

Telefon / E-posta : …………………………………………………………………………………

Faaliyet Konuları : …………………………………………………………………………………

Yetkili Adı ve Tel. No : …………………………………………………………………………………

Adres : …………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………….

15.06.2020 – 27.07.2020 (\*)

 01.07.2020 – 14.08.2020 (\*)

 06.07.2020 – 19.08.2020 (\*)

 13.07.2020 – 26.08.2020 (\*)

 27.07.2020 – 08.09.2020 (\*)

 04.08.2020 – 14.09.2020

(\*) Bayram tatili nedeniyle

hafta uzatılmıştır.

..... /..... / 20....

***Kurum çalışan sayısı*** : 20 Az ☐ 20 Fazla [ ]

***Öğrenciye ücret verilecek mi?*** : Evet [ ]  Hayır [ ]

***Öğrencinin Staj Yapabileceği Faaliyet Alanları;***

( ) Lojistik ( ) Depolama ( ) Sevkiyat ( ) Dış Ticaret (İthalat/İhracat)

( ) Diğer (Belirtiniz)……………………………………………..

***Kurum Yetkilisinin Adı Soyadı***

***Kurum Kaşe / İmzası***

**STAJ KOMİSYONU BAŞKANLIĞINA**

Stajımı uygun görülmesi halinde yukarıda açık bilgileri yer alan işletmede yapmam konusunda gerekli iznin verilmesini arz ederim.

***Öğrencinin Adı Soyadı***

***İmzası***

***Lütfen Aşağıdaki Alanları Doldurmayınız***

**STAJ KOMİSYONU** …../……/20….

STAJ YERİ **UYGUNDUR** ( )

STAJ YERİ **UYGUN DEGİLDİR** ( )

**Nedeni** ……………………………………………….....................

***Staj Koordinatörü Adı Soyadı***

***İmzası***

**!!!ÖNEMLİ NOT!!!**

*Bu formun uygun görülen staj başlangıç tarihinden* ***en geç 15 gün öncesinde tamamlanarak*** *Yüksekokulumuz* ***MUHASEBE*** *birimine sigorta girişinin yapılabilmesi için teslim edilmesi gerekmektedir.*