**ULUSAL STAJ PROGRAMI KAPSAMINDA STAJ YAPACAK OLAN ÖĞRENCİLER**

|  |  |
| --- | --- |
| **TC No** |  |
| **Öğrenci No** |  |
| **Adı Soyadı** |  |
| **Bölümü** |  |
| **Sınıfı** |  |
| **Staj Tarihleri** | **…/…/2024-…/…/2024** |
| **Staj Süresi** |  |
| **Staj Yeri** |  |
| **Sigorta Durumu****(Var/Yok)** |  |
| **TELEFON NUMARASI** |  |

**Not:** Lütfen bu formu bilgisayar ortamında doldurunuz ve 07 Haziran 2024 tarihine kadar egeziraatf@gmail.com adresi üzerinden bize gönderiniz. Öğrencinin veya öğrencinin staj yapacağı kurum/firmanın, staj başlangıç tarihinden 7 gün önce tarafımıza bildirmediği stajın sigorta işlemleri ile ilgili ortaya çıkabilecek olan sorunlardan kurumumuz sorumlu değildir.