|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STAJ YAPILACAK KURUMUN BEYANI**  Yukarıda adı geçen öğrencinin kurumumuzda …./…./….. - …./…./…. tarihleri arasında 30 iş günü, staj yapması uygundur. Öğrencinin izin günü/leri ................. olup, değişiklikler Staj Sorumlusuna iletilecektir. | | | |
| **Kurumun Adı ve Adresi** |  | | |
| **Üretim/Hizmet Alanı** |  | **Telefon No/ Faks No** |  |
| **İşveren veya Yetkilinin**  **Adı Soyadı** |  | **Görev ve Ünvanı** |  |
| **Stajdan sorumlu Yetkilinin Adı Soyadı,** |  | **Görev ve Ünvanı** |  |
| **Yetkili e-posta adresi** |  | …./..../…..  İmza / Kaşe | |