STAJYER KABUL FORMU

|  |  |
| --- | --- |
|  | ÇANKAYA ÜNİVERSİTESİ FEN-EDEBİYAT FAKÜLTESİ PSİKOLOJİ BÖLÜMÜ |
| ÖĞRENCİNİN | Adı |  |
| Soyadı |  |
| TC Kimlik Numarası |  |
| Öğrenci Numarası |  |
| STAJIN | Türü |  |
| Süresi (İş Günü) |  |
| Staj Başlama ve Bitiş Tarihi |  |
| Yukarıda belirtilen tarihler arasında iş günlük stajımı yapacağım.Stajın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajdan tamamen vazgeçmem halinde en az bir hafta önceden ilgili üniversite birimine bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı Kanun gereği doğacak cezai yükümlülükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.…/…/……İmzaYukarıda kimliği verilen bölümümüz öğrencisinin belirtilen iş günü kadar staj yapması zorunludur.Prof. Dr. Aslı GÖNCÜ KÖSEBölüm/Program Staj Komisyon Başkanı Dekan |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| İŞYERİNİN/KURUMUNUN | Ünvanı |  |
| Adresi |  |
| Telefon Numarası |  |
| Fax Numarası |  |
| İşyeri Sicil Numarası |  |
| İşyeri Vergi Numarası |  |
| Ticaret/Esnaf Odası Sicil No. |  |
| E-posta adresi |  |
| Faaliyet alanı (Sektör) |  |
| Yukarıda Adı, Soyadı ve TC Kimlik Numarası yazılı öğrencinin, ilgili tarihlerde iş yerimizde staj yapması uygun görülmüştür. |