

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TURİZM FAKÜLTESİ



ÖĞRENCİ STAJ DOSYASI

ÖĞRENCİNİN

ADI SOYADI	:	
NUMARASI	:	
BÖLÜMÜ / FAKÜLTE - YÜKSEKOKUL	:	/ Fakülte ☐ - Yüksekokul ☐
ÖĞRETİM YILI	:	
STAJ DÖNEM KODU	:	
STAJ YAPTIĞI İŞLETME	:	

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TURİZM FAKÜLTESİ
ÖĞRENCİ STAJ BAŞVURU VE KABUL FORMU

ÖĞRENCİNİN KİMLİK BİLGİLERİ				
ADI / SOYADI				
KAYITLI OLDUĞU BÖLÜMÜN ADI				
T.C KİMLİK NUMARASI				
SINIFI				
ÖĞRENCİ NUMARASI				
TELEFON NUMARASI (MOBİL TELEFON NO)				
E-POSTA ADRESİ	@			
SGK KAYDI	VAR		YOK	
STAJ YAPILACAK KURUM / KURULUŞ BİLGİLERİ				
KURUM / KURULUŞ ADI				
KURUM / KURULUŞ WEB ADRESİ				
KURUM / KURULUŞ ÇALIŞAN SAYISI				
CUMARTESİ TAM GÜN MESAI	VAR		YOK	
Yukarıda belirttiğim bilgilerin doğruluğunu, aşağıda belirtilen tarihler arasında iş günü stajımı yapacağımı, stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajıma başlamama yada vazgeçmem halinde en az 10 gün öncesinden "Öğrenci İşleri Birimi" ne bilgi vereceğimi, aksi takdirde SGK prim ödemeleri nedeniyle doğabilecek zararları karşılayacağımı; Staj süresince öğrendiğim olayları, kişileri, isimleri ve diğer bilgileri üçüncü kişilerle paylaşmayacağımı, paylaştığım takdirde her türlü sorumluluğu üstleneceğimi ve staj bitiminde staj dosyasını şahsen teslim edeceğimi beyan ve taahhüt ederim. Tarih :/...../..... Öğrencinin Adı ve Soyadı : Öğrencinin İmzası :				
Yukarıda kimlik bilgileri bulunan öğrencinin, kurumumuzda / kuruluşumuzda günlük ZORUNLU STAJINI YAPMASI UYGUN GÖRÜLMÜŞTÜR / GÖRÜLMEMİŞTİR.		Kurum / Kuruluş veya Yetkilisi Adı—Soyadı : İmzası : Tarih :/...../..... Mühür / Kaşe :		
ÖĞRENCİNİN				
BAŞVURU YAPTIĞI STAJ TÜRÜ :				
STAJ BAŞLAMA TARİHİ :/...../.....			Staj Süresiiş günü	
STAJ BİTİŞ TARİHİ :/...../.....				
Bölüm Staj Komisyonu Başkanı				
Adı ve Soyadı :		İmzası :		
ÖNEMLİ NOT				
Öğrencinin bu formu staja başlamadan önce Öğrenci Staj Kılavuzunda belirtilen tarihe kadar "Bölüm Staj Komisyonuna teslim etmesi zorunludur. Bu form 1 asıl kopya olarak hazırlanmalıdır (İşletmenin talebi bulunması halinde 2 kopya olarak düzenlenecektir.)				

5510 SAYILI SOSYAL SİGORTALAR VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI KANUNU KAPSAMINDA
STAJYER BİLGİ FORMU

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ					
Adı Soyadı	:		Öğrenci No	:	
E-posta adresi	:		Bölümü	:	
Telefon No	:				
Adresi	:				

Staj Başlama Tarihi:	.../.../20...	Staj Bitiş Tarihi:	.../.../20....	Süresi (İş günü):	
----------------------	---------------	--------------------	----------------	-------------------	------

ÖĞRENCİNİN NÜFUS KAYIT BİLGİLERİ			
Adı - Soyadı		T.C. Kimlik No	

ÖĞRENCİNİN İMZASI	BÖLÜM STAJ KOMİSYONU ONAYI
Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, belirtilen yerde ve sürelerde staj yapacağımı taahhüt ederim.	

FAKÜLTE DEKANLIK ONAYI
Yukarıda belirtilen tarihlerde staj yapacak öğrencinin 5510 Sayılı Kanun gereği zorunlu staj süresindeki iş kazası ve meslek hastalığı sigorta pirimleri kurumumuz tarafından karşılanacaktır.

HAFTALIK ÇALIŞMA RAPORU
WEEKLY WORKING REPORT

..... tarihinden tarihine kadar bir haftalık çalışma

From to weekly work

GÜN DAYS	YAPILAN İŞLER WORK ACCOMPLISHED	ÇALIŞILAN SAAT WORKING HOURS
Pazartesi <i>Monday</i>		
Salı <i>Tuesday</i>		
Çarşamba <i>Wednesday</i>		
Perşembe <i>Thursday</i>		
Cuma <i>Friday</i>		
Cumartesi <i>Saturday</i>		
Toplam (Total)		

Çalıştığı iş yeri ve kısmı :.....
Work place and department

Kontrol edenin ünvanı, soyadı, adı :.....
Name and title of the controlling superior

İmza ve kaşe :.....
Signature and Stamp

HAFTALIK ÇALIŞMA RAPORU
WEEKLY WORKING REPORT

..... tarihinden tarihine kadar bir haftalık çalışma

From to weekly work

GÜN DAYS	YAPILAN İŞLER WORK ACCOMPLISHED	ÇALIŞILAN SAAT WORKING HOURS
Pazartesi <i>Monday</i>		
Salı <i>Tuesday</i>		
Çarşamba <i>Wednesday</i>		
Perşembe <i>Thursday</i>		
Cuma <i>Friday</i>		
Cumartesi <i>Saturday</i>		
Toplam (Total)		

Çalıştığı iş yeri ve kısmı :.....
Work place and department

Kontrol edenin ünvanı, soyadı, adı :.....
Name and title of the controlling superior

İmza ve kaşe :.....
Signature and Stamp

HAFTALIK ÇALIŞMA RAPORU
WEEKLY WORKING REPORT

..... tarihinden tarihine kadar bir haftalık çalışma

From to weekly work

GÜN DAYS	YAPILAN İŞLER WORK ACCOMPLISHED	ÇALIŞILAN SAAT WORKING HOURS
Pazartesi <i>Monday</i>		
Salı <i>Tuesday</i>		
Çarşamba <i>Wednesday</i>		
Perşembe <i>Thursday</i>		
Cuma <i>Friday</i>		
Cumartesi <i>Saturday</i>		
Toplam (Total)		

Çalıştığı iş yeri ve kısmı :.....
Work place and department

Kontrol edenin ünvanı, soyadı, adı :.....
Name and title of the controlling superior

İmza ve kaşe :.....
Signature and Stamp

HAFTALIK ÇALIŞMA RAPORU
WEEKLY WORKING REPORT

..... tarihinden tarihine kadar bir haftalık çalışma

From to weekly work

GÜN DAYS	YAPILAN İŞLER WORK ACCOMPLISHED	ÇALIŞILAN SAAT WORKING HOURS
Pazartesi <i>Monday</i>		
Salı <i>Tuesday</i>		
Çarşamba <i>Wednesday</i>		
Perşembe <i>Thursday</i>		
Cuma <i>Friday</i>		
Cumartesi <i>Saturday</i>		
Toplam (Total)		

Çalıştığı iş yeri ve kısmı
Work place and department :

Kontrol edenin ünvanı, soyadı, adı
Name and title of the controlling superior :

İmza ve kaşe
Signature and Stamp :

HAFTALIK ÇALIŞMA RAPORU
WEEKLY WORKING REPORT

..... tarihinden tarihine kadar bir haftalık çalışma

From to weekly work

GÜN DAYS	YAPILAN İŞLER WORK ACCOMPLISHED	ÇALIŞILAN SAAT WORKING HOURS
Pazartesi <i>Monday</i>		
Salı <i>Tuesday</i>		
Çarşamba <i>Wednesday</i>		
Perşembe <i>Thursday</i>		
Cuma <i>Friday</i>		
Cumartesi <i>Saturday</i>		
Toplam (Total)		

Çalıştığı iş yeri ve kısmı :.....
Work place and department

Kontrol edenin ünvanı, soyadı, adı :.....
Name and title of the controlling superior

İmza ve kaşe :.....
Signature and Stamp

STAJ DEVAM ÇİZELGESİ
INTERNSHIP ATTENDANCE FORM

Adı Soyadı Name, Surname							
Numarası Student Number							
Bölümü Department							
Staj Yapılan İşletme/Kurum Adı The name of Company/Institution							
İş Günü Workday	Tarih Date	Çalışılan Birim Department Worked	İmza Signature	İş Günü Workday	Tarih Date	Çalışılan Birim Department Worked	İmza Signature
1				31			
2				32			
3				33			
4				34			
5				35			
6				36			
7				37			
8				38			
9				39			
10				40			
11				41			
12				42			
13				43			
14				44			
15				45			
16				46			
17				47			
18				48			
19				49			
20				50			
21				51			
22				52			
23				53			
24				54			
25				55			
26				56			
27				57			
28				58			
29				59			
30				60			

Kontrol edenin unvanı, soyadı, adı/Name and title of the controlling supervisor :
İmza ve kaşe / Signature & Stamp

STAJ DEĞERLENDİRME FORMU
INTERNSHIP EVALUATION FORM

ÖĞRENCİNİN /STUDENT'S		
Adı, Soyadı Name ,Surname	:	
Numarası Student Number	:	
Bölümü Department	:	

İŞLETME/KURUM DEĞERLENDİRMESİ
COMPANY/INSTITUTION EVALUATION

Staj Başlama Tarihi: Internship Beginning Date:	.../.../20...	Staj Bitiş Tarihi : Internship Ending Date:	.../.../20...	Süresi (İş Günü): Time (Workday):	 İş günü
Çalıştığı Bölümler ve Yapılan İşler : Departments Worked and Duties:					
DEĞERLENDİRME EVALUATION		DÜŞÜNCELER THOUGHTS			
İşe Devamı/Continuity to work					
Çalışma ve Gayreti/Working and Effort					
Yöneticilere Karşı Davranışı/Behaviour toward Superiors					
Arkadaşlarına Karşı Tutumu/Behaviour toward Colleagues					
Sonuç (İşaretleyiniz) Result		BAŞARILI Successful			
		BAŞARISIZ Failed			
İşletme/Kurum Yöneticisi Company/ Institution Manager Adı-Soyadı Name-Surname		/...../20.... Mühür & İmza Seal-Signature			

STAJ KOMİSYONU DEĞERLENDİRMESİ
EVALUATION OF INTERNSHIP COMMISSION

Sonuç Result		BAŞARILI Successful		BAŞARISIZ Failed	
Internship Coordinator Staj Koordinatörü Adı-Soyadı Name-Surname		/...../20.... İmza-Signature			