**STAJ/KLİNİK UYGULAMA BAŞVURU VE KABUL FORMU**

Sayın Yetkili,

Fakültemiz Psikoloji Bölümü öğrencilerinin işletme ve kuruluşlarda 20 iş günü klinik uygulama eğitimi alma / staj yapma zorunluluğu bulunmaktadır. Aşağıda isim ve numarası belirtilen öğrencimizin işyerinize / kurumunuza yapmış olduğu staj başvurusuna göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

**ÖĞRENCİ BİLGİLERİ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ADI / SOYADI** |  | **TC KİMLİK NO:** |  |
| **BÖLÜMÜ** |  | **SINIFI / NUMARASI** |  |
| **TELEFON NUMARASI** |  | | |
| **İKAMETGAH ADRESİ** |  | | |
|  |  | | |

**İŞYERİ/KURUM BİLGİLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **İSİM ve UNVANI** |  |
| **ÇALIŞILACAK ŞUBE / BÖLÜM** |  |
| **ADRES** |  |
| **TELEFON / FAKS** |  |
| **WEB ADRESİ / E-POSTA** |  |
| **STAJ BAŞLAMA TARİHİ / STAJ BİTİŞ TARİHİ** |  |

**İŞYERİ/KURUM YETKİLİSİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ADI / SOYADI** |  |
| **UNVANI / GÖREVİ** |  |
| **KURUM KAŞE VE İMZASI** |  |

**ÖĞRENCİNİN İMZASI**

**Not**: Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, staj ile ilgili evraklarımın hazırlanmasını saygılarımla arz ederim.

**...../…../….**

İMZASI

**…../…../……….**

İMZASI

**STAJ/KLİNİK UYGULAMA KOMİSYONU ONAYI**

Onaylayan:

**...../……/…..**

İMZASI

***NOT:*** *Öğrenci, bu belgeden 3 adet hazırlayıp İktisadi İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi Psikoloji Bölümü’ne teslim edecektir. Staj Komisyonunun onayından sonra birini Staj yapacağı kuruma vermek üzere Bölümden teslim alacaktır.*

*5510 sayılı kanunun 5/b ve 87/e fıkrası gereğince staj yapan öğrencinin Sosyal Güvenlik Kurumuna, İş Kazası ve Meslek Hastalığı için sigortalı girişi staja başlangıç gününden önce yapılacak ve pirimi üniversitemiz tarafından ödenecektir.*