HESAP İŞLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ’NE

Fakültenin Adı : Eğitim Fakültesi

Bölümü :

Öğrencinin Adı Soyadı :

T.C. Kimlik No :

Vatandaşlık No (Yabancı Uyruklular İçin) :

Kayıtlı olduğu program :

Gözlem ve/veya uygulamanın yapılacağı okul :

Anne veya babanın sağlık sigortasından yararlanma durumu: \_\_\_\_\_Var \_\_\_\_\_Yok

Yukarıda bilgileri belirtilen bölümümüz öğrencisi 18 Ekim 2021 - 30 Ocak 2022 tarihleri arasında “Okul Deneyimi” dersi kapsamında gözlem ve/veya uygulama yapacaktır.

Kaza sigortası işlemi için gereğini rica ederim.

**Staj Danışmanı (ONAY)**

Adı – Soyadı : Günizi Kartal

Tarih : 18.10.2021

İmza

Yukarıda belirtilen tarihler arası eğitimimin zorunlu bir parçası olan stajımı yapacağımı bildirir, herhangi bir sebepten dolayı staja devam edemediğim takdirde adıma ödenen kaza sigortası priminden doğacak olan tutarı Muhasebe birimine ödemeyi taahhüt ederim.

**Öğrencinin**

Adı - Soyadı :

Tarih :

İmza