|  |
| --- |
| **ÖĞRENCİ BİLGİLERİ** |
| Adı |  |
| Soyadı |  |
| Bölüm/Program | Atayalvaç Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu / |
| Öğrenci Numarası |  |
| Staj Tarihleri | - |
| Staj Gün Sayısı: | 30 |
| Staj Türü |  |
| Devam Etmediği Günler |  |
| **İŞ YERİ BİLGİLERİ** |
| Kurumsal İsim |  |
| Faaliyet Alanı |  |
| Yetkili Kişi |  |
| İli |  |
| Telefon |  |
| Açık Adres |  |
| Web Adresi |  |
| Eposta |  |
| İşletmede Çalışan Personel Sayısı |  |
| Öğrencinin Banka Hesabına Ödenen Ücret |  |
| Ödenecek Devlet Katkısı Tutarı |  |
| Ödemenin Yapılacağı Banka Adı |  |
| Banka Şubesi |  |
| Iban No |  |
| Vergi Numarası |  |
| **STAJ YETKİLİSİ BİLGİLERİ****(Öğrenciden Sorumlu Olan Yetkili)** |
| Adı |  |
| Soyadı |  |
| Telefon İş/Cep |  |
| Eposta  |  |
| İlgili öğrencinin **Staj Sonu Devlet Katkı Payı Onay Formu** tarafımızca kontrol edilip onaylanmıştır.İŞYERİ ONAY(Kaşe ve İmza) |
|  |