**AKADEMİK YIL: 20…. – 20….**

**………………………… MESLEK YÜKSEKOKULU**

**…………………………………………………… BÖLÜM BAŞKANLIĞINA**

\_\_/\_\_/ 20\_\_ - \_\_/\_\_/ 20\_\_ tarihleri arasında sigortalı çalışmam ve sigorta prim gün sayımın ………… günü geçmesinden dolayı Staj / İşletmede Mesleki Eğitim dersinden muaf olmak istiyorum.

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı ve Soyadı | **:** |  | \_\_/\_\_/ 20\_\_**İMZA** |
| Öğrenci No | **:** |  |
| Bölüm/ Program | **:** |  |
| Cep Tel No | **:** | 0- 5 |
| E-Mail Adresi | **:** |  |

**EKLER:**

 SGK Hizmet Dökümü (En Az Bir Yıllık)

 Çalışılan Şirket ya da Kurumdan Resmi Yazı (İşe Başlangıç, Bitiş Tarihi ve Çalıştığı Birim)

**Bu Kısım Uygulamalı Eğitim Komisyon Başkanı ve Üyesi Tarafından Doldurulacaktır.**

Yukarıda adı geçen öğrencinin evrakları tarafımdan incelenmiş olup, İşletmede Mesleki Eğitim dersinden Muaf edilmesi (Uygun Olduğu/Uygun Olmadığı) ..................................................................... tarafımdan beyan olunur.

**Tarih:** \_\_/\_\_/ 20\_\_ **Tarih:** \_\_/\_\_/20\_\_

**KOMİSYON BAŞKANI ÜYE**

**Adı Soyadı: Adı Soyadı:**

**İmza: İmza:**

**NOT:**

* Staj yapabilecek niteliklere sahip bir iş yerinde fiilen çalışıyor olmanız ya da daha önce çalışmış olmanız gerekmektedir.

**Dilekçe Bölüm Kurulu ve Fakülte Yönetim Kurulunda kabul edildikten sonra işleme alınacaktır.**