**STAJ DEVAM FORMU**

**Sayın Yetkili,**

Lisans stajını kurumunuzda gerçekleştiren öğrencimizin 20 (yirmi) ardışık iş günü staja devam etmesi zorunludur. Lütfen bu formu saklayınız ve stajı süresince günlük olarak öğrencimize imzalatınız. Resmi tatil, hastalık vb. nedenlerle 20 (yirmi) ardışık iş gününü 4 haftada tamamlayamayan öğrencilerin ek haftalarda eksik günlerini tamamlayıp, ilgili günleri imzalaması gerekmektedir.

**Öğrencinin Adı Soyadı: ................................................................................................ Öğrenci No:.................................................................**

**Staj Yapılan Kurum:......................................................................................................Staj Yapılan Kurumdaki Yetkili: ..........................……................………………..**

**Staja Başlama Tarihi: ......../......../..........** **Stajın Bitiş Tarihi:** . **......./......../..........**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| HAFTA | Pazartesi | Salı | Çarşamba | Perşembe | Cuma | Cumartesi | Haftalık Toplam  Gün Sayısı |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| Ek 1 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | 4 Hafta sonunda toplam çalışılan gün sayısı | |  |

**Staj Yapılan Kurumda Öğrenciye Danışmanlık Veren Yetkilinin Onayı:**

**Lisans stajını kurumumuzda gerçekleştiren ........................................................................................ isimli öğrencinizin devam formunun doğruluğunu onaylarım.**

**Yetkilinin Adı Soyadı: İmza:**

**Tarih:**