**EK3**

**STAJ DEVAM FORMU**

 **Sayın Yetkili,**

 Staj yönergemiz gereğince öğrencinin 10 iş günü (60 saat) staja devam etmesi zorunludur. Öğrencinin her iş günü için staj boyunca sizin tarafınızdan saklanacak bu forma imza atması gerekmektedir. Resmi tatil veya hastalık ve benzeri sebeplerle (60 saat)10 iş gününü tamamlayamayan öğrencilerin ek haftalarda eksik gönlerini tamamlayıp, ilgili günleri imzalaması gerekmektedir.

**Öğrencinin Adı Soyadı:** ...................................................................................... **Staj Yapılan Akademik Dönem:** ......................................................................

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| HAFTA | Pazartesi | Salı | Çarşamba | Perşembe | Cuma | Cumartesi | Haftalık Toplum Gün Sayısı |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |

 14 hafta sonunda toplam çalışılan gün/saat sayısı:

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

**Kurumumuzda staj yapan ..................................................................................................................... devam formunun doğruluğunu onaylarım.**

 **Adı Soyadı:**

 **İmza:**