

T.C.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI
İŞLETMELERDE MESLEKİ EĞİTİM/STAJ SÖZLEŞMESİ

Ö Ğ R E N C İ N İ N

Adı Soyadı		Kayıtlı olduğu Okul/Kurumun adı	MUŞ M.T.A.L. / MESEM
T.C. Kimlik No		Okul Numarası	
Baba Adı		Sınıfı-Şubesi	
Ana Adı		Alanı/Dalı	
Doğum Yeri		Telefonu	
Doğum Tarihi (Gün/Ay/Yıl)/...../.....	İşletmede Mesleki Eğitime Başlama Tarihi / ... /

OKUL/KURUMDA İRTİBAT SAĞLANACAK KOORDİNATÖR MÜDÜR YARDIMCISININ

Adı-Soyadı:	
Telefonu	İş: +90 436 212 16 07	Cep:

ÖĞRENCİ VELİSİNİN/YASAL TEMSİLCİSİNİN

İŞLETMENİN

Adı Soyadı		Adı		
Yakınlığı	<input type="checkbox"/> Anne <input type="checkbox"/> Baba <input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz)	Adresi		
		İşletme Temsilcisinin Adı-Soyadı		
İkamet adresi		Telefon numarası		
Telefonu	Ev	Faks numarası	
	Cep	E-Posta adresi	
E-Posta Adresi	Vergi No		
Öğrencinin 18 yaşından büyük olması ve velisi bulunmaması halinde irtibat sağlanacak kişinin	Adı-Soyadı	SGK İşyeri Sicil No/Bağkur No		
	İletişim bilgileri:			
	IBAN No		
	TR.....		

Paraflar

Okul/Kurum Müdürü	İşveren veya Vekili	Öğrenci/18 yaşından küçükse yasal temsilcisi
-------------------	---------------------	----------------------------------------------

