

TÜRKİYE CUMHURİYETİ

GİRESUN ÜNİVERSİTESİ

ALUCRA TURAN BULUTCU MESLEK YÜKSEKOKULU

…/…/2025

**Sayı :**

**Konu :**

İLGİLİ MAKAMA

 Alucra Turan Bulutcu Meslek Yüksekokulu’nun …………………………………… ………………………… bölümü …………………………….. ………………………………. programı 2. sınıf ……………. numaralı öğrencisi …………….. ………………..’nın üniversitemizden mezun olabilmesi için toplam 16 hafta süreli mesleki uygulama çalışmasını 2. sınıfın güz ve bahar aylarında yapma zorunluluğu vardır. 5510 sayılı kanun gereğince sigortası üniversitemizce yapılacak olan öğrencimizin mesleki uygulamasını işyerinizde yapmasında göstereceğiniz ilgiden dolayı teşekkür eder saygılar sunarız.

 Adı geçen öğrencinin mesleki uygulama çalışmasını işyerinizde yapmasının uygun görülmesi halinde yazı ekindeki “İşyeri Kabul Formu” ve “Mesleki uygulama Sözleşmesi” örneğinin işyeri yetkilisi tarafından onaylanarak yüksekokulumuza gönderilmesi ve haftalık mesleki uygulama programının hazırlanması hususunda,

Alucra Turan Bulutcu Meslek Yüksekokulu

Mesleki Uygulama Koordinatörü

Öğr. Gör. Sinan KUZUCU

Gereğini bilgilerinize arz ve rica ederim.

