|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Akademik Yıl** | 202…/202… | **Yarıyıl** |  Güz |  Bahar |  Yaz |
| **Fak./YO/MYO** |  | **Bölüm / Program** |  |
| **Adı Soyadı** |   | **Öğrenci No** |  |
| **T.C. Kimlik No** |  | **E-Posta** |  |
| **Cep Tel.** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **YAPACAĞI UYGULAMALI EĞİTİMİN** |
| **Ders Kodu** |  | **Ders Adı** |  |
| **Türü** |  İşletmede Mesleki Eğitim  |  Ders Uygulaması |  Staj  |  Diğer ....................... |
| **Süresi (İş Günü)** | **:** |  |
| **Uygulamalı Eğitim Başlama ve Bitiş Tarihi** | **:**  |  / / - / / |
| **Genel Sağlık Sigortası Beyan ve Taahhüdü*** Ailemden Annem/ Babam/Şahsım üzerinden Genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti alıyorum**. Bu nedenle mesleki uygulama boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul etmiyorum.
* Ailemden Annem/ Babam/Şahsım üzerinden Genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti almıyorum**. Bu nedenle mesleki uygulama boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul ediyorum.
 |
| * *Yukarıda belirtilen tarihler arasında ……. iş günlük uygulamalı eğitimimi yapacağım.*
* *Uygulamalı eğitimimin başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya vazgeçmem halinde en az 10 gün önceden ilgili eğitim (okul) birimine bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı kanun gereği doğacak cezai yükümlükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.*

 ….. / …… / 20….  Öğrencinin İmzası |
| *\*Yukarıda kimliği verilen bölümümüz öğrencisinin belirtilen iş günü kadar uygulamalı eğitim yapması zorunludur. Uygulamalı eğitim süresi boyunca öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Üniversitemiz tarafından yapılacaktır.* Yalçın YAYLA Fakülte Sekreteri V. |

|  |
| --- |
| **İŞYERİNİN** |
| **Unvanı** | **:** |  |
| **Adresi** | **:** |  |
| **Tel Numarası** | **:** |  | **Firma İşyeri Sicil Numarası** | **:** |  |
| **Fax Numarası** | **:** |  | **Firmanın Vergi Numarası** | **:** |  |
| **E-Posta Adresi** | **:** |  | **Ticaret / Esnaf Odası Sicil No** | **:** |  |
| **Faaliyet Alanı (Sektör)** | **:** |  |
| Yukarıda adı soyadı ve T.C. kimlik numarası yazılı öğrencinin yukarıda belirtilen tarihlerde iş yerimizde staj / uygulamalı eğitim yapması uygun görülmüştür. |
|  | İŞVEREN veya YETKİLİSİNİN Adı SoyadıUnvanıMühür ve İmza |

|  |
| --- |
| **UYGUNDUR.** |
| **/ /** |
| **Eğitim Öğretim Birimi** **Bölüm Uygulamalı Eğitim Yetkilisi**  |
|  |