

UYGULAMALI EĞİTİM KABUL FORMU

TEKNOLOJİ FAKÜLTESİ

İlgili Makama,

Aşağıda bilgileri yazılı öğrencimizin “İşletmede Mesleki Eğitim”/”Staj” dersi kapsamındaki uygulamalı eğitimini, Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi, Uygulamalı Eğitimler Yönergesi ve Yükseköğretimde Uygulamalı Eğitimler Çerçeve Yönetmeliği gereği, işletmelerde yapma zorunluluğu vardır. Öğrencimizin akademik biriminde aldıkları teorik bilgilere ek olarak pratik bilgi ve becerilerini geliştirmek üzere işyerinizde uygulamalı eğitim yapması hususunda göstereceğiniz ilgi ve destek için teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

Öğrencimizin mesleki eğitimini işyerinizde yapmasının tarafınızca kabul edilmesi halinde, 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” gereği “Sosyal Sigortalar Kurumu Sigortalı İşe Giriş Bildirgesi” düzenlenerek “İş Kazası ve Meslek Hastalıkları Sigorta Primi”, kurumumuz tarafından ödenecektir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ve rica ederim.

İmza
Dekan/Müdür

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı-Soyadı		T.C. Kimlik No:	
Bölüm	İNŞAAT MÜHENDİSLİĞİ	Program Adı	
Okul Numarası		Telefon No:	
Sorumlu Öğretim Elemanı		Telefon No:	
Eğitime Başlama / Bitiş			
Uygulamalı Eğitim Türü	☐ İşletmede Mesleki Eğitim (16 hafta) ☐ Staj		

GENEL SAĞLIK SİGORTASI BEYAN VE TAAHHÜDÜ

- ☐ Ailemden, annem / babam üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti almıyorum. Bu nedenle uygulamalı eğitim boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul ediyorum.
- ☐ Ailemden, annem / babam üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti alıyorum. Bu nedenle uygulamalı eğitim boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul etmiyorum.
- ☐ Kendim SGK(4a/4b/4c)'ya bağlı olarak çalışmaktayım. Bu nedenle uygulamalı eğitim boyunca SGK kapsamında olmayı kabul etmiyorum.

İşletmede uygulama eğitimimi aşağıdaki bilgiler doğrultusunda yapacağımı, işyeri uygulama eğitimim süresince işyerinin çalışma, disiplin ve iş güvenliği ile ilgili kurallarına ve bu konudaki mevzuata ve Üniversitemin Uygulamalı Eğitimler Yönergesi ve Yükseköğretimde Uygulamalı Eğitimler Çerçeve Yönetmeliği hükümlerine uyacağımı, sağlık raporu, istirahat, izin vb. almam durumunda iş yerindeki “Eğitici Personel’e ve “Sorumlu Öğretim Elemanı’na, ileteceğimi, bu belge üzerinde tarafımca beyan edilen durumumda değişiklik olması halinde değişikliği hemen ilgililere bildireceğimi, beyanımın hatalı veya eksik olmasından, bilgilerimin zamanında iletilmesindeki ihmalden kaynaklanacak kayıpların tarafımca karşılanacağını taahhüt ve beyan ederim.

Öğrenci İmza
Tarih...../...../.....

İŞLETME BİLGİLERİ

İşletmenin Adı	
Adresi	
Faaliyet Alanı (Sektör)	İşletme Vergi No:
İletişim numarası:	İşletme Sigorta Sicil No

EĞİTİCİ PERSONELİN

Adı Soyadı:			
İletişim numarası:			
*Branşı ve Kademesi:		*Belge Sicil Numarası:	

Yukarıda bilgileri yazılı öğrencinizin belirtilen süre içerisinde İşletmede mesleki eğitimini iş yerimizde yapması uygun görülmüştür.

İşyeri Yetkilisi Adı Soyadı :

Kaşe/İmza
Tarih...../...../.....

UYGULAMALI EĞİTİM KABUL FORMU

UYGUNDUR

Tarih/...../.....

Bölüm/Program Başkanı

Not : *Bu bölüm sadece **Antrenörlük eğitimi ve Rekreasyon Bölümü** öğrencileri tarafından doldurulacaktır.

- 1- Uygulamalı Eğitim Kabul Formu (3) adet düzenlenecektir.
- 2- Uygulamalı Eğitim Kabul Formu düzenlenmeyen öğrenci İşletmede Mesleki Eğitim/Staj uygulamasına başlayamaz.
- 3- İş yeri yetkilisi tarafından, İşletmede Mesleki Eğitim kapsamında <https://muvs.subu.edu.tr/> adresinden iş yeri kayıt bilgilerini girerek öğrenci talebi yapılmalıdır.