****

 **UYGULAMALI EĞİTİM**

 **BAŞVURU ve KABUL FORMU**

# Sayı: .…../……/……..

# Konu: Uygulamalı Eğitim Başvurusu

# İlgili Makama,

# Fakültemiz öğrencilerinin mezun olabilmeleri için eğitimleri ile ilgili kurum/kuruluşlarda staj/işletmede mesleki eğitim yapma zorunlulukları vardır. Bunun için öğrencilerin sigorta işlemleri 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası gereğince Fakülte tarafından yapılmaktadır. Aynı Kanunun 13 üncü maddesinin ikinci fıkrasının (a) bendi gereğince öğrencinin işyeri kazasına uğraması durumunda aynı gün içinde yetkili kolluk kuvvetlerine ve Fakültemize bilgi verilmesi zorunludur.

# Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin kurum/kuruluşunuzda ..…… günlük ……… (yaz/dönem içi uygulama) eğitimini yapmasının uygun görülmesi durumunda formun ilgili bölümünün doldurulması ve onaylanarak Fakültemize iletilmesini arz/rica ederim.

# Dekan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ÖĞRENCİ BAŞVURU BEYANI** | Adı ve Soyadı |  |
| Öğrenci No |  |
| TC Kimlik No |  |
| Fakülte / Bölüm / Sınıf |  |
| E-posta Adresi |  |
| Telefon Numarası (Cep Telefon No.) |  |
| İkametgâh Adresi |  |
| SGK Kaydı | □ Genel Sağlık Sigortası Kapsamındayım. □ Annem veya Babam üzerinden sağlık yardımı almaktayım. □ Sosyal Sigortalar Kurumu’na tabi olarak çalıştığımdan kendi sağlık yardımım var. □ BAĞ-KUR’a tabi olarak çalıştığımdan kendi sağlık yardımım var. □ Emekli Sandığı’na tabi olarak çalıştığımdan kendi sağlık yardımım var. □ Herhangi bir sosyal güvencem olmadığından sağlık yardımı almıyorum. |
| Beyanımın doğruluğunu, aşağıda belirtilen tarihler arasında ………. günlük staj/işyerinde mesleki eğitim yapacağımı, staj/işletmede mesleki eğitim başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya ilgili kurumda çalışmaya başlamamama veya stajdan/işletmede mesleki eğitimden vazgeçmem hâlinde en az 3 işgünü önceden “İnsan Kaynakları Birimi”ne bilgi vereceğimi kabul ederim. Aksi takdirde SGK prim ödemeleri nedeniyle doğabilecek maddi zararları karşılayacağımı; uygulamalı eğitimler süresince öğrendiğim işletmeye ve işletmenin müşterilerine dair olayları, kişileri, isimleri ve diğer bilgileri üçüncü kişilerle paylaşmayacağımı, paylaştığım takdirde her türlü idari ve hukuki yaptırım ile karşılaşabileceğimi bildiğimi beyan ve taahhüt ederim. | Öğrencinin İmzası |
| **STAJ YAPILACAK KURUM/İŞLETME ONAYI** | Kurum/İşletme Adı |  |
| Adresi |  |
| Faaliyet Alanı |  |
| Telefon No / E-posta |  |
| Kurum/İşletme Web Adresi |  |
| Staja Başlama Tarihi |  | **Kurum/İşletme Yetkilisinin** Adı, Soyadı ve Unvanı:Tarih: İmza:Mühür/Kaşe: |
| Staj Bitiş Tarihi |  |
| Staj Süresi (iş günü) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ÜNİVERSİTE** | **Bölüm Uygulamalı Eğitim Sorumlusu**  | **İnsan Kaynakları Direktörlüğü** |
| Adı Soyadı:Tarih:İmza | SGK Kayıt Tarihi:  |
| Onaylayan Kişinin Adı, Soyadı ve Ünvanı:Tarih:İmza: |

**ÖNEMLİ NOT:** Öğrencinin bu formu kuruma başlamadan önce “Uygulamalı Eğitimler Yönergesi”nde belirtilen tarihe kadar “Bölüm Uygulamalı Eğitimler Sorumlusu”na teslim etmesi zorunludur. Bu form **3 asıl kopya** olarak hazırlanmalıdır. Kopyalardan biri kurum/kuruluşta kalacak, diğerleri “Bölüm Uygulamalı Eğitimler Sorumlusu”na öğrenci tarafından teslim edilecektir.