|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| C:\Users\aidata\AppData\Local\Temp\Rar$DRa7120.42336\20210531 - İki_Renkli_Düz_Logo_Şablon_2021_v2\TR\TR-iki_renkli_düz_logo@2x.png | **T.C. SAKARYA UYGULAMALI BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ**  **UYGULAMALI BİLİMLER FAKÜLTESİ**  **UYGULAMALI EĞİTİM** **KABUL FORMU** | | | | | |  |
| **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** | |  | | **Program Adı** | |  | |
| **Okul Numarası** | |  | | **Telefon No:** | |  | |
| **Sorumlu Öğretim Elemanı** | |  | | **Telefon No:** | |  | |
| **Eğitime Başlama / Bitiş** | |  | | | | | |
| **Uygulamalı Eğitim Türü** | | İşletmede Mesleki Eğitim (16 hafta) Staj(……..…iş günü) | | | | | |
| **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 ihmalimden kaynaklanacak kayıpların tarafımca karşılanacağını taahhüt ve beyan ederim.  Öğrenci İmza  Tarih…..…./…./…… | | | | | | | |
| **İŞLETME BİLGİLERİ** | | | | | | | |
| **İşletmenin Adı** | | |  | | | | |
| **Adresi** | | |  | | | | |
| **Faaliyet Alanı (Sektör)** | | |  | | | | |
| **İşletme Eğitici Personelin Adı Soyadı** | | |  | | **İrtibat Tel.** |  | |
| Yukarıda bilgileri yazılı öğrencinizin belirtilen süre içerisinde İşletmede mesleki eğitimini iş yerimizde yapması uygun görülmüştür.  **İşyeri Yetkilisi Adı Soyadı :** …………………………………………….  **Kaşe/İmza**  Tarih…..…./…./…… | | | | | | | |
| **UYGUNDUR**  Tarih **……/…./…..**  **Bölüm/Program Başkanı** | | | | | | | |

Not : 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**://muys.subu.edu.tr**/ adresinden iş yeri kayıt bilgilerini girerek öğrenci talebi yapılmalıdır.