



T.C.
SAKARYA UYGULAMALI BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ
KAYNARCA SEYFETTİN SELİM MESLEK YÜKSEKOKULU
UYGULAMALI EĞİTİM KABUL FORMU

Bilgiyi beceriyle
bütünleştiriyoruz

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/rica ederim.

Öğr. Gör. Naf FİLİZ
Müdür

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı-Soyadı		T.C. Kimlik No:	
Bölüm		Program Adı	
Okul Numarası		Telefon No:	
Sorumlu Öğretim Elemanı		Telefon No:	
Eğitime Başlama / Bitiş	19.02.2024 – 14.06.2024		
Uygulamalı Eğitim Türü	<input type="checkbox"/> İşletmede Mesleki Eğitim (16 hafta)	<input type="checkbox"/> 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, iletteceğimi, bu belge üzerinde tarafımda beyan edilen durumda değişiklik olması halinde değişikliği hemen ilgililere bildireceğimi, beyanımın hatalı veya eksik olmasından, bilgilerimin zamanında iletilmesindeki ihmalden kaynaklanacak kayıpların tarafımda 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 (2) 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.