|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| http://www.subu.edu.tr/timthumb.php?src=http://www.subu.edu.tr/sites/subu.edu.tr/image/SUBU_LOGO_3.png&w=800 | **SAKARYA UYGULAMALI BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ**  **TEKNOLOJİ FAKÜLTESİ**  **MEKATRONİK MÜHENDİSLİĞİ BÖLÜMÜ** | | | |  |
| **İŞLETMEDE MESLEKİ EĞİTİM KABUL FORMU** | | | | | |
|  | | | | | |
| **ÖĞRENCİNİN** | |  |  | | |
| **Adı ve Soyadı** | | **:** |  | | |
| **Öğrenci Numarası** | | **:** |  | | |
| **T.C. Kimlik Numarası** | | **:** |  | | |
| **Telefon (Cep/Ev)** | | **:** |  | | |
| **Bölümü** | | **:** |  | | |
| **Başlama Tarihi** | | **:** | 27 Eylül 2021 | | |
| **Bitiş Tarihi** | | **:** | 14 Ocak 2022 | | |
| **Uygulama Süresi** | | **:** | 16 Hafta | | |
| **Öğrenci IBAN Numarası** | | **:** |  | | |
| – İşletmede Mesleki Eğitimimi aşağıda belirtilen işletmede yapacağımı,  – İşletmede Mesleki Eğitimim süresince işyeri ile yapılmış olan protokole, İşletmede Mesleki Eğitim Yönergesine, iş yeri disiplin ve çalışma kurallarına uyacağımı,  – İşletmede Mesleki Eğitim süresi içerisinde alınan rapor, istirahat vb. belgelerin aslını rapor alınan tarihten **en geç 2 iş gün** **içerisinde** ilgili eğitim birimine bildireceğimi **beyan ve taahhüt ediyorum.**  – Ailemden, kendimden, annem / babam üzerinden, genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti ;**  **alıyorum almıyorum.**  …… /……/ ………..  Öğrencinin İmzası | | | | | |
| Yukarıda kimliği verilen Fakültemiz öğrencisinin belirtilen süre içerisinde İşyeri Uygulamasını **Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi Teknoloji Fakültesi İşletmede Mesleki Eğitim Yönergesi** kapsamında yapması zorunludur. Eğitim süresince, öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Üniversitemiz tarafından yapılacaktır.    Onay Onay  Bölüm İşletmede Mesleki Eğitimi Komisyonu Onayı Dekanlık | | | | | |
| **İŞYERİNİN** | | | | | |
| **Kurum/İşletme Adı** | | | **:** |  | |
| **İşyeri Yetkilisi Adı-Soyadı** | | | **:** |  | |
| **Adresi** | | | **:** |  | |
| **Tel/Faks Numarası** | | | **:** |  | |
| **E-Posta Adresi** | | | **:** |  | |
| **Faaliyet Alanı (Sektör)** | | | **:** |  | |
| Yukarıda Adı soyadı ve T.C. Kimlik Numarası yazılı öğrencinin yukarıda belirtilen tarihlerde iş yerimizde **İşletmede Mesleki Eğitim** yapması uygun görülmüştür.  Onay  İşletme | | | | | |
|  | | | | | |
| **UYGUNDUR** ..….. **/** ….... **/** …..….  **Bölüm İşletmede Mesleki Eğitim Komisyonu Başkanı** | | | | | |
| **Not :** İşletmede Mesleki Eğitim Kabul Formu (3) adet düzenlenecek olup, (1) adet nüfus cüzdan fotokopisi eklenecektir. İşletmede Mesleki Eğitim Kabul Formu düzenlenmeyen öğrenci İşletmede Mesleki Eğitimine başlayamaz. | | | | | |