**İŞLETME MESLEKİ EĞİTİM BAŞVURU FORMU**

**İLGİLİ MAKAMA**

Üniversitemiz…………………………………………...............................Fakülte/Yüksekokul/MYO ............................................... Bölümü öğrencisi .................... gün süre ile kurumunuzda/işyerinizde mesleki eğitim yapma talebinde bulunmuştur.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında, mesleki eğitim süresince ödenmesi gereken iş kazası ve meslek hastalığı sigortası primi ile genel sağlık sigortası primi Üniversitemiz tarafından karşılanacak olup, aşağıda kimlik bilgileri belirtilen öğrencimizin mesleki eğitimini kuruluşunuzda/işyerinizde yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, saygılar sunarız.

**Öğrenci Bilgileri**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı ve Soyadı |  | Öğrenci Numarası |  |
| T.C. Kimlik Numarası |  | Uyruk |  |
| Baba Adı |  | Eğitim-Öğretim Yılı |  |
| Doğum Yeri |  | e-Posta Adresi |  |
| Doğum Tarihi |  | Telefon Numarası |  |
| İkametgâh Adresi |  | | |

**İşletmede Mesleki Eğitim Yapılan Yerin**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı |  | | |
| Adresi |  | | |
| Hizmet Alanı |  | | |
| Telefon Numarası |  | Faks Numarası |  |
| e-Posta Adresi |  | WEB Adresi |  |

**İşletmede Mesleki Eğitimin**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Başlama Tarihi |  | Bitiş Tarihi |  | Süresi |  |

**İşletmede Mesleki Eğitim Yapılacak Yerin Yetkili Bilgileri**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı ve Soyadı |  | | |
| Adresi |  | | |
| e-Posta Adresi |  | Kaşe-İmza-Tarih |  |
| Telefon Numarası |  |
| **Öğrencinin İmzası** | | **Staj Komisyonu Onayı** | |
| Belge tarihi üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu,  herhangi bir sebeple işletmede mesleki eğitimden vazgeçmem veya işletmede mesleki eğitimin başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi halinde en az 5 (beş) işgünü öncesinden haber vereceğimi bildirir, işletmede mesleki eğitim yapacağımı taahhüt ettiğim adı geçen işyeri ile ilgili evrakların hazırlanmasını arz ederim.  Öğrencinin Adı ve Soyadı/İmzası | | Staj Komisyonu Başkanı  Adı ve Soyadı/Unvanı/İmzası | |
| Ek: 1- Nüfus Cüzdanı Fotokopisi 2.- Aile Sağlık Yardımı Sorgulama Belgesi 3- SGK Provizyon Belgesi | | | |

**Not:** Formun staja başlama tarihinden en az 30 gün önce Sağlık, Kültür ve Spor Daire Başkanlığına iletilmek   
üzere Bölüm Sekreterliğine teslim edilmesi gerekmektedir. (Form; bir nüshası Bölüm Sekreterliğine, bir nüshası   
staj yapılacak işyerine, bir nüshası Sağlık, Kültür ve Spor Daire Başkanlığına verilmek üzere 3 nüsha hazırlanır)