



**SAMSUN ÜNİVERSİTESİ**  
**İŞ YERİNDE MESLEKİ / UYGULAMALI**  
**EĞİTİM DERSİ BAŞVURU FORMU**

Doküman No	S1.2.29/FRM08
Yayın Tarihi	20.04.2022
Revizyon No	00
Revizyon Tarihi	
Sayfa No	1

(Lütfen tüm alanları doldurunuz.)

Öğrencinin Adı Soyadı	Yarıyıl	<input type="checkbox"/> Güz	<input type="checkbox"/> Bahar
T.C. Kimlik No	Fakülte / YO / MYO		
Öğrenci Numarası	Bölümü / Programı		
E-posta Adresi			

**ÖĞRENCİNİN YAPACAĞI İŞYERİNDE MESLEKİ BİLGİLERİ**

Dersin Kodu	Dersin Adı
Türü <input type="checkbox"/> İşletmede Mesleki Eğitim	<input type="checkbox"/> Ders Uygulaması
Süresi (İş Günü) :	
İşletmede Eğitim Başlama ve Bitiş Tarihi :	... / ... / ... - ... / ... / ... Süresi (gün) ...

**Genel Sağlık Sigortası Beyan ve Taahhüdü**

- Ailemden annem / babam / şahsım üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti alıyorum**. Bu nedenle mesleki uygulama boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul etmiyorum.
- Ailemden annem / babam / şahsım üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti almıyorum**. Bu nedenle mesleki uygulama boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul ediyorum.
- Yukarıda belirtilen tarihler arasında ..... iş günü iş yerinde mesleki eğitimimi yapacağım.
- İş yerinde mesleki eğitimimin başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya vazgeçmem hâlinde en az 1 hafta önceden ilgili eğitim birimine bilgi vereceğimi, aksi hâlde 5510 sayılı Kanun gereği doğacak cezai yükümlükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.

... / ... / 20...

Öğrencinin İmzası

\*Yukarıda kimliği verilen bölümümüz öğrencisinin belirtilen iş günü kadar işletmede mesleki eğitim yapması zorunludur. Mesleki eğitim süresi boyunca öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Üniversitemiz tarafından yapılacaktır. Adı geçen öğrencimizin kuruluşunuzda mesleki eğitim yapması için gösterdiğiniz ilgiye teşekkür eder, tüm evraklarını eğitim süresinin bitimini takip eden 3 (üç) iş günü içerisinde kapalı zarf içinde öğrenciye elden vermenizi rica eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

**İŞ YERİNİN**

Adı :	
Adresi :	
Tel Numarası :	Firma İş Yeri Sicil Numarası :
Faks Numarası :	Firma Vergi Numarası :
E-Posta Adresi :	Ticaret / Esnaf Odası Sicil No :
Faaliyet Alanı (Sektör) :	

Yukarıda adı soyadı ve bilgileri yazılı öğrencinin yukarıda belirtilen tarihlerde iş yerimizde eğitim yapması uygun görülmüştür.

**İŞYERİ UYGULAMA SORUMLUSU**  
Unvanı, Adı Soyadı

İmza/Kaşe

UYGUNDUR.

/ /

**Eğitim Öğretim Birimi**  
Uygulamalı Eğitimler ve Staj Komisyonu Adına Sorumlu Öğretim Elemanı  
(Unvanı, Adı Soyadı, İmza)