**T.C**



**YALOVA ÜNİVERSİTESİ**

ÖĞRENCİNİN

FOTOĞRAFI

**İKTİSADİ VE İDARİ BİLİMLER FAKÜLTESİ**

**İŞLETME BÖLÜMÜ**

**UYGULAMALI EĞİTİM BAŞVURU VE KABUL FORMU**

**İLGİLİ MAKAMA**

**Sayın Yetkili,**

Fakültemiz İşletme Bölümü öğrencilerinin mesleki beceri ve yeterlilik kazanmalarına olanak sağlamak üzere 8 (sekiz) yarıyıllık eğitim-öğretimlerinin son yarıyılını mesleki alanlarıyla ilgili kurum ve/veya kuruluşlarda geçirmeleri için isteğe bağlı “Uygulamalı Eğitim” dersini alma imkanları bulunmaktadır. Fakültemizde öğrenim gören Uygulamalı Eğitime tabi tutulan öğrencilerin 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun uyarınca sigortalılığının başlangıcı, sona ermesi ve bildirim yükümlülüğü Kurumumuz tarafından yapılacaktır. Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin “Uygulamalı Eğitim” dersini kuruluşunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

**ÖĞRENCİNİN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı ve Soyadı |  | T.C. Kimlik No |  |
| Öğrenci No |  | Öğretim Yılı |  |
| e-posta adresi |  | Telefon No |  |
| İkametgâh Adresi |  | | |

**SORUMLU ÖĞRETİM ELEMANI ONAYI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Danışmanın Adı ve Soyadı |  | Öğrencinin Uygulamalı Eğitim dersini alması  **Uygundur / Uygun** değildir. |
| Tarih |  |
| İmza |  |

**UYGULAMALI EĞİTİM YAPILAN KURUMUN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Unvanı |  | | | | |
| Adresi |  | | | | |
| Faaliyet Alanı |  | | | | |
| Telefon No |  | | Faks No |  | |
| e-posta adresi |  | | Web Adresi |  | |
| Uygulamalı Eğitim  Başlama Tarihi | ……/……/……. | Uygulamalı Eğitim  Bitiş Tarihi | ……/……/……. | Süresi(gün) | ………..iş günü |

**KURUM SORUMLUSUNUN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı |  | | | | |
| Görev ve Unvanı |  | Firma Kaşesi  (Resmî Kurumlarda Mühür)  İmza | |  | |
| e-posta adresi |  |
| Tarih |  |
|  |  | |  | |  | |
| **ÖĞRENCİNİN İMZASI** | **BÖLÜM UYGULAMALI EĞİTİM KOORDİNATÖRÜ ONAYI** | | **SGK GİRİŞİ ONAYI** | | **BÖLÜM BAŞKANLIĞI ONAYI** | |
| Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, Uygulamalı Eğitimimi yapacağımı taahhüt ettiğim adı geçen firma ile ilgili evrakların hazırlanmasını saygılarımla arz ederim.  Tarih:…..../………/……….. | ONAYLAYANIN  UNVANI, ADI, SOYADI VE İMZASI    Tarih: …..../………/……….. | | Sosyal Güvenlik Kurumuna Uygulamalı Eğitime başlama giriş işlemi yapılmıştır.  Tarih: …..../………/……….. | | ONAYLAYANIN  UNVANI, ADI, SOYADI VE İMZASI  Tarih: …..../………/……….. | |

**Önemli Not:**

**1-** Uygulamalı Eğitim yapacak olan öğrenci eğitime başlama tarihinden **en az 30 gün önce bu formu, doldurulmuş ve ilgililere imzalatılmış olarak** SGK girişi yapılmak üzere nüfus cüzdanı fotokopisi ile Bölüm Uygulamalı Eğitim Koordinatörlüğüne teslim eder.

**2-**SGK Sigorta girişi yapıldıktan sonra bu formun ve SGK Sigorta Giriş belgesinin birer nüshasını Uygulamalı Eğitim yapacağı kuruma teslim eder.