|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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**  **.......................................... MÜHENDİSLİĞİ BÖLÜMÜ** | | | |  |
| **İŞYERİ UYGULAMASI KABUL FORMU** | | | | | |
|  | | | | | |
| **ÖĞRENCİNİN** | |  |  | | |
| **Adı ve Soyadı** | | **:** |  | | |
| **Öğrenci Numarası** | | **:** |  | | |
| **T.C. Kimlik Numarası** | | **:** |  | | |
| **Telefon (Cep/Ev)** | | **:** |  | | |
| **Bölümü** | | **:** |  | | |
| **Başlama Tarihi** | | **:** |  | | |
| **Bitiş Tarihi** | | **:** |  | | |
| **Uygulama Süresi** | | **:** | 16 Hafta | | |
| **Öğrenci IBAN Numarası** | | **:** |  | | |
| – İşyeri Uygulamasını aşağıda belirtilen işletmede yapacağımı,  – İşyeri Uygulaması süresince işyeri ile yapılmış olan protokole, İşyeri Eğitimi Yönergesine, iş yeri disiplin ve çalışma kurallarına uyacağımı,  – İşyeri Uygulaması 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 İşyeri Eğitimi** **Yönergesi** kapsamında yapması zorunludur. Uygulama süresince, öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Üniversitemiz tarafından yapılacaktır.    Onay Onay  Bölüm İşyeri 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 **İşyeri Uygulaması** yapması uygun görülmüştür.  Onay  İşletme | | | | | |
|  | | | | | |
| **UYGUNDUR** .….. **/** ….. **/** …….  **Bölüm İşyeri Eğitimi Komisyonu Başkanı** | | | | | |
| **Not :** İşyeri Uygulaması Kabul Formu (3) adet düzenlenecek olup, (1) adet nüfus cüzdan fotokopisi eklenecektir. İşyeri Uygulaması Kabul Formu düzenlenmeyen öğrenci İşyeri Uygulamasına başlayamaz. | | | | | |