|  |  |
| --- | --- |
| Açıklama: dikeylogo | **SAKARYA ÜNİVERSİTESİ****SİYASAL BİLGİLER FAKÜLTESİ** **ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ BÖLÜMÜ**  |
| **MESLEKİ UYGULAMA KABUL FORMU** |
|  |
| **ÖĞRENCİNİN** |  |  |
| **Adı ve Soyadı** | **:** |
| **Fakülte/ Öğrenci No.** | **:** |
| **T.C. Kimlik Numarası** | **:** |
| **Cep Telefonu/Ev telefonu/E-Posta**  | **:** |
| **YAPACAĞI MESLEKİ UYGULAMANIN** |  |
| **Türü :** (Zorunlu / İsteğe Bağlı/ Mesleki Uygulama / İşbaşı / vb.) | **: Mesleki Uygulama** |
| **Süresi (İş Günü)** | **:70** |  |
| **Mesleki Uygulama Başlama ve Bitiş Tarihi** | **:**  |  |
| **Genel Sağlık Sigortası Beyan ve Taahüdü**Ailemden Annem/ Babam üzerinden Genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti alıyorum**. Bu nedenle mesleki uygulama boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul etmiyorum. Ailemden Annem/ Babam üzerinden Genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti almıyorum**. Bu nedenle mesleki uygulama boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul ediyorum. |
| - Yukarıda belirtilen tarihler arasında 70 iş günlük mesleki uygulamamı yapacağım. - Mesleki uygulamamın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya mesleki uygulamadan vazgeçmem halinde en az bir hafta önceden ilgili eğitim (okul) birimine bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı kanun gereği doğacak cezai yükümlükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim. ….. / …… / 20….  Öğrencinin İmzası |
|  Yukarıda kimliği verilen bölümümüz öğrencisinin belirtilen iş günü kadar mesleki uygulama yapması zorunludur. Mesleki uygulama süresi boyunca öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Üniversitemiz tarafından yapılacaktır. |
|  | **….** / ….. / 20…  **(Onay)** |
|  |
| **İŞYERİNİN** |
| **Ünvanı** | **:** |
| **Adresi** | **:** |
| **Tel Numarası** | **:** |
| **Fax Numarası** | **:** |
| **Firma İşyeri Sicil Numarası** | **:** |
| **Firmanın İBAN Numarası** | **:** |
| **Firmanın Vergi Numarası** | **:** |
| **Ticaret / Esnaf Odası Sicil No** | **:** |
| **E-Posta Adresi** | **:** |
| **Faaliyet Alanı (Sektör)** | **:** |
| **Çalışan Sayısı** | **:** |
| **İnsan Kaynakları Birimi** | **: Var ( ) Yok ( )** |
| **KOBİ Tanımı** | **: Mikro ( ) Küçük ( ) Orta ( )** |
|  Yukarıda adı soyadı ve T.C. kimlik numarası yazılı öğrencinin yukarıda belirtilen tarihlerde iş yerimizde mesleki uygulama yapması uygun görülmüştür. İŞVEREN veya YETKİLİSİNİN |
|  |  Adı Soyadı (Ünvanı)Mühür ve İmza |
|  |
|  **UYGUNDUR** |
|  **/ /**  |
| **Bölüm Yetkilisi** |
|  |
| **Not : 1-** Öğrenci Mesleki Uygulama Kabul Formunu mesleki uygulama başlangıç tarihinden en geç on (10) gün önceden ilgili eğitim (okul) birimine teslim etmek zorundadır. **2-** Mesleki Uygulama Kabul Formuna nüfus cüzdanı fotokopisi eklenerek iki (2) adet düzenlenecektir.1. Mesleki Uygulama Kabul Formu düzenlenmeyen öğrenci mesleki uygulamaya başlayamaz. Aksi halde yapılacak mesleki uygulama kabul edilmez.

 4- Öğrenci mesleki uygulamada çalışırken **rapor alırsa** raporunu aldığı gün mail’le Fakülte birimine bildirmek zorundadır. Bildirmeyen öğrenci gelecek **ceza’dan** kendi sorumludur. |

01 00.EÖ.FR.38