|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kırıkkale Üniversitesi | **KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ**  **………………………………………………….. FAKÜLTESİ**  **.......................................... BÖLÜMÜ** | | | |  |
| **İŞLETMEDE MESLEKİ EĞİTİM BAŞVURU/KABUL FORMU** | | | | | |
|  | | | | | |
| **ÖĞRENCİNİN** | |  |  | | |
| **Adı ve Soyadı** | | **:** |  | | |
| **Öğrenci Numarası** | | **:** |  | | |
| **T.C. Kimlik Numarası** | | **:** |  | | |
| **Telefon (Cep/Ev)** | | **:** |  | | |
| **Bölümü** | | **:** |  | | |
| **Başlama Tarihi** | | **:** | … /… /… (Akademik Takvim’e göre derslerin başlama tarihi) | | |
| **Bitiş Tarihi** | | **:** | … /… /… (Akademik Takvim’e göre derslerin bitiş tarihi) | | |
| **Uygulama Süresi** | | **:** | … hafta | | |
| **Öğrenci IBAN Numarası** | | **:** |  | | |
| * İşletmede Mesleki Eğitimimi aşağıda belirtilen işletmede yapacağımı, * İşletmede Mesleki Eğitimim süresince işyeri ile yapılmış olan protokole, İşletmede Mesleki Eğitim Yönergesine, iş yeri disiplin ve çalışma kurallarına uyacağımı, * İşletmede Mesleki Eğitim süresi içerisinde alınan rapor, istirahat vb. belgelerin aslını rapor alınan tarihten **en geç 3 (üç) iş günü** **içerisinde** ilgili eğitim birimine bildireceğimi **beyan ve taahhüt ediyorum.** * Ailemden, kendimden, annem / babam üzerinden, genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti;**   **Alıyorum**   **Almıyorum.**  … /… / 20 …  Öğrencinin İmzası | | | | | |
| Yukarıda kimliği verilen Fakültemiz öğrencisinin belirtilen süre içerisinde İşletmede Mesleki Eğitimi **Kırıkkale Üniversitesi İşletmede Mesleki Eğitim Yönergesi** kapsamında yapılacaktır. Eğitim süresince, öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Üniversitemiz tarafından yapılacaktır.  İmza  Sorumlu Öğretim Üyesi | | | | | |
| **İŞYERİNİN** | | | | | |
| **Kurum/İşletme Adı** | | | **:** |  | |
| **Eğitici Personel 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 **İşletmede Mesleki Eğitim** yapması uygun görülmüştür.  İmza/Onay  İşletme | | | | | |
|  | | | | | |
| **UYGUNDUR**… **/** … **/ 20 …** İmza  **Bölüm İşletmede Mesleki Eğitim Komisyonu Başkanı** | | | | | |
| **Not:** 1 adet nüfus cüzdan fotokopisi ek olarak eklenecektir. İşletmede Mesleki Eğitim Başvuru/Kabul Formunu düzenlemeyen ve bölüm başkanlığından onay almayan öğrenci, İşletmede Mesleki Eğitim’e başlayamaz. | | | | | |