|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ**  **İKTİSADİ VE İDARİ BİLİMLER FAKÜLTESİ** | | | | **EK-1** |
| **İŞLETMEDE MESLEKİ EĞİTİM BAŞVURU FORMU** | | | | | |
|  | | | | | |
| **ÖĞRENCİNİN** | |  |  | | |
| **Adı ve Soyadı** | | **:** |  | | |
| **Öğrenci Numarası** | | **:** |  | | |
| **T.C. Kimlik Numarası** | | **:** |  | | |
| **Telefon (Cep/Ev)** | | **:** |  | | |
| **Bölümü** | | **:** |  | | |
| **Başlama Tarihi** | | **:** | **…/…/……** | | |
| **Bitiş Tarihi** | | **:** | **…/…/……** | | |
| **Uygulama Süresi** | | **:** | **…… Hafta** | | |
| **Mail Adresi** | | **:** |  | | |
| İşletmede Mesleki Eğitimim süresince;  - İş Sağlığı ve Güvenliği kuralları ile iş yeri disiplin ve çalışma kurallarına uyacağımı,  - Aldığım rapor, istirahat ve benzeri durumları üç iş günü içinde belgeleri ile birlikte Fakülte Sekreterliğine bildireceğimi,  - İşletmede Mesleki Eğitimimin başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya bu eğitimden vazgeçmem halinde durumu en az beş iş günü önceden Fakülte Sekreterliğine bildireceğimi, aksi halde 5510 sayılı kanun gereği doğacak yükümlükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.  - Sağlık hizmetinizi aşağıdakilerden hangisinden karşılıyorsunuz;  **Ailemden Alıyorum Kendi Sigortam Var Memurum Almıyorum.**  - İş Sağlık ve Güvenliği Eğitimi Sertifikası veya Eğitimi \*  **Sertifika veya Eğitim Aldım Sertifika veya Eğitim Almadım (bu şıkkı işaretleyenlerin başvurusu kabul edilmez)**  \* En az birini işaretleyiniz ve sertifikanızı veya ders başarı durumunuzu gösterir belgeyi bu formla birlikte teslim ediniz.  Yukarıda işaretlediğim beyanımın doğruluğunu, beyan ettiğim durumumda herhangi bir değişiklik olması halinde değişikliği tarafınıza bildireceğimi kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak her türlü ücret, prim, idari para cezası, gecikme zammı ve gecikme faizini geri ödeyeceğimi taahhüt ederim.  …… /……/ ………..  Öğrencinin İmzası | | | | | |
| Yukarıda kimliği belirtilen öğrencinin İşletmede Mesleki Eğitim süresince iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Fakülte tarafından yapılacaktır.    Onay Onay Onay  Bölüm İME Komisyonu Üyesi Bölüm İME Komisyonu Üyesi Bölüm İME Komisyonu Başkanı | | | | | |
| **İŞYERİNİN (İşyeri Tarafından Doldurulacaktır)** | | | | | |
| **Kurum/İşletme Adı** | | | **:** |  | |
| **İşyeri Yetkilisi Adı-Soyadı** | | | **:** |  | |
| **Adresi** | | | **:** |  | |
| **Tel/Faks Numarası** | | | **:** | **E-Posta Adresi:** | |
| **Faaliyet Alanı (Sektör)** | | | **:** |  | |
| **Çalışan Sayısı** | | | **:** |  | |
| Yukarıda Adı soyadı ve T.C. Kimlik Numarası yazılı öğrencinin yukarıda belirtilen tarihlerde iş yerimizde İşletmede Mesleki Eğitim yapması uygun görülmüştür.  Onay  İşletme | | | | | |
|  | | | | | |
| **UYGUNDUR** ..….. **/** ….... **/** …..….  **Bölüm Başkanı** | | | | | |
| Başvuru Formuna eklenecek belgeler: İş Sağlık ve Güvenliği Eğitimi Sertifikası veya Eğitimi aldığını gösterir belge ve edevlet müstehaklık belgesinin çıktısı. | | | | | |