|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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****SPOR BİLİMLERİ FAKÜLTESİ****REKREASYON BÖLÜMÜ** |  |
| **İŞLETMEDE MESLEKİ EĞİTİM KABUL FORMU** |
|  |
| **ÖĞRENCİNİN** |  |  |
| **Adı ve Soyadı** | **:** |  |
| **Öğrenci Numarası** | **:** |  |
| **T.C. Kimlik Numarası** | **:** |  |
| **Telefon (Cep/Ev)** | **:** |  |
| **Bölümü** | **:** |  |
| **Başlama Tarihi** | **:** | **/ /202** |
| **Bitiş Tarihi** | **:**  | **/ /202** |
| **Uygulama Süresi** | **:** | **16 Hafta (14+2)** |
| **Öğrenci IBAN Numarası** | **:** |  |
| – İş Yeri Uygulamasını aşağıda belirtilen işletmede yapacağımı,– İş Yeri Uygulaması süresince iş yeri ile yapılmış olan protokole, İş Yeri Eğitimi Yönergesine, iş yeri disiplin ve çalışma kurallarına uyacağımı,– İş Yeri Uygulaması süresi içerisinde alınan rapor, istirahat vb. durumları belgelerin aslını ibraz etmek üzere bölüm sekreterliğine bildireceğimi, İş Yeri Uygulaması başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya İş Yeri Uygulamasından vazgeçmem halinde en az (5) iş gün önceden ilgili eğitim (Fakülte) birimine bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı kanun gereği doğacak cezai yükümlükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.– Ailemden, kendimden, annem / babam üzerinden, genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti ;**  **Alıyorum Almıyorum. Emekli Sandığı**Yukarıda işaretlediğim beyanımın doğruluğunu, beyan ettiğim durumumda herhangi bir değişiklik olması halinde değişikliği derhal tarafınıza bildireceğimi kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak her türlü ücret, prim, idari para cezası, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafımca geri ödeneceğini taahhüt ederim. …… /……/ ……….. Öğrencinin İmzası |
| Yukarıda kimliği verilen Fakültemiz öğrencisinin belirtilen süre içerisinde İş Yeri Uygulamasını **Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi İş Yeri Eğitimi** **Yönergesi** kapsamında yapması zorunludur. Uygulama süresince, öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Üniversitemiz tarafından yapılacaktır. Onay Onay Bölüm İş Yeri Eğitimi Komisyonu Onayı Dekanlık |
| **İŞ YERİNİN** |
| **Kurum/İşletme Adı** | **:** |  |
| **İş Yeri 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 **İş Yeri Uygulaması** yapması uygun görülmüştür. Onay İşletme |
|  |
| **UYGUNDUR**..….. **/** ….... **/** …..….**Bölüm İş Yeri Eğitimi Komisyonu Başkanı** |
| **Not : İş Yeri Uygulaması Kabul Formu (3) adet düzenlenecek olup, (1) adet nüfus cüzdan fotokopisi eklenecektir. İş Yeri Uygulaması Kabul Formu düzenlenmeyen öğrenci İş Yeri Uygulamasına başlayamaz**.  |