|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ÖĞRENCİ BİLGİLERİ** | **Adı** |  |
| **Soyadı** |  |
| **T.C. Kimlik No** |  |
| **Öğrenci Numarası** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MESLEKİ UYGULAMA BİLGİLERİ** | **Uygulamaya Başlama ve Bitiş Tarihi** | …./…./…….. - …./…./……. |

Yukarıda belirtilen tarihler arasında ……………………………………….. mesleki uygulama yapacağım.

Başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya uygulamaya gitmeyeceğim durumlarda en az bir hafta önceden üniversite birimine bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı Kanun gereği doğacak cezai yükümlülükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.

…./…./………

Öğrenci İmzası

Yukarıda kimliği verilen bölümümüzde / programımızda kayıtlı öğrencimizin belirtilen tarihlerde mesleki uygulama yapması zorunludur. Öğrencimizin işyerinizde yapacağı mesleki uygulama süresince, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereği, **İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigortası** Üniversitemiz tarafından karşılanacaktır.

Bilgilerinize arz/rica eder, öğrencimizin eğitimine sağladığınız değerli katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | OnayMüdürlük |

|  |
| --- |
| **İŞYERİNİN/KURUMUN** |
| **Unvanı**  |  |
| **Adresi** |  |
| **Telefon Numarası** |  |
| **Faks Numarası** |  |
| **İşyeri Sicil Numarası** |  |
| **İşyeri Vergi Numarası** |  |
| **Ticaret/Esnaf Odası Sicil No** |  |
| **E-posta Adresi** |  |
| **Faaliyet Alanı (Sektör)** |  |

Yukarıda Adı, Soyadı ve T.C. Kimlik Numarası yazılı öğrencinin, ilgili tarihlerde iş yerimizde mesleki uygulama yapması uygun görülmüştür.

İŞVEREN veya YETKİLİSİNİN

Adı Soyadı

(Unvanı)

Mühür ve İmza

|  |
| --- |
| **UYGUNDUR****…../……/……****Bölüm/Program/Mesleki Uygulama Komisyonu Başkanı** |