

T.C.
ESKİŞEHİR TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
HAVACILIK VE UZAY BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
İŞLETMEDE MESLEKİ EĞİTİM BAŞVURU VE KABUL FORMU – 1/2

ÖĞRENCİNİN KİMLİK BİLGİLERİ

Adı-Soyad	
Bölüm	
T.C. Kimlik Numarası	
Sınıf/Dönem	
Adres	
Cep Telefon No	
E-posta Adresi # 1	@ogr.eskisehir.edu.tr
E-posta Adresi # 2	@.....

İŞLETMEDE MESLEKİ EĞİTİM YERİ BİLGİLERİ

İşletme Adı	
İşletme Adresi	
Başlama Tarihi	
Bitiş Tarihi	

ÖĞRENCİ SGK BİLGİLERİ

AŞAĞIDA SİZE UYGUN OLAN SEÇENEĞİ İŞARETLEYİNİZ.	
☐	SGK SİCİL NUMARAM YOK
☐	SGK SİCİL NUMARAM VAR AMA AKTİF DEĞİL
☐	SSK'LI OLARAK OKUMAKTA OLDUĞUNUZ PROGRAMA İLİŞKİN İŞ KOLLARINDAN BİRİNDE KADROLU PERSONEL OLARAK ÇALIŞIYORSANIZ, BU SEÇENEĞİ İŞARETLEYİNİZ.
☐	SSK'LI OLARAK OKUMAKTA OLDUĞUNUZ PROGRAM DIŞINDA FARKLI İŞ KOLLARINDAN BİRİNDE KADROLU PERSONEL OLARAK ÇALIŞIYORSANIZ, BU SEÇENEĞİ İŞARETLEYİNİZ.
	SGK SİCİL No:

ÖĞRENCİ BEYANI

Yukarıda yer alan bilgilerin doğru olduğunu onaylar, İşletmede Mesleki Eğitim Kabul formunda yer alan sorumluluklarıma ve bilgilere uygun biçimde eğitim sürecimi yürüteceğimi yapacağımı beyan ederim.	/...../..... İMZA
---	--------------------------------------

İŞLETMEDE MESLEKİ EĞİTİM BÖLÜM BAŞKANLIĞI DEĞERLENDİRMESİ

Yukarıda yer alan işletmede öğrencinin İşletmede Mesleki Eğitim yapması uygundur.	/...../..... İMZA
---	--------------------------------------

T.C.
ESKİŞEHİR TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
HAVACILIK VE UZAY BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
İŞLETMEDE MESLEKİ EĞİTİM BAŞVURU VE KABUL FORMU – 2/2

Konu: İşletmede Mesleki Eğitim Başvurusu

İlgili Makama,

Havacılık ve Uzay Bilimleri Fakültesi öğrencimizin akademik biriminde aldığı teorik bilgilere ek olarak pratik bilgi ve becerilerini geliştirmek üzere “İşletmede Mesleki Eğitim” dersi kapsamındaki uygulamalı eğitimini, işletmenizde yapmak üzere başvuru bilgileri aşağıda yer almaktadır.

Öğrencimizin uygulamalı mesleki eğitimini işletmenizde yapmasının tarafınızca kabul edilmesi halinde, 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” gereği “Sosyal Sigortalar Kurumu Sigortalı İşe Giriş Bildirgesi” düzenlenerek “İş Kazası ve Meslek Hastalıkları Sigorta Primi”, kurumumuz tarafından ödenecektir. İlgili kanun gereğince öğrencimizin işyeri kazasına uğraması durumunda aynı gün içinde yetkili kolluk kuvvetlerine ve Havacılık ve Uzay Bilimleri Fakültesine bilgi verilmesi zorunludur.

Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin, İşletmede Mesleki Eğitim dersi kapsamındaki uygulamaya ve pratik eğitimine yönelik mesleki eğitimini işletmenizde yapmasının uygun görülmesi durumunda formun ilgili bölümünün doldurulması ve onaylanarak Fakültemize iletilmesi hususunda bilgi ve gereğini arz/rica ederim.

Dekan

ÖĞRENCİ KİMLİK BİLGİLERİ		
Adı-Soyadı		
T.C. Kimlik Numarası		
Bölümü	(...) Havacılık Elektrik ve Elektronik (..) Uçak Gövde ve Motor Bakımı (..) Havacılık Yönetimi	
Sınıfı/Dönemi		
Yazışma Adresi		
Cep Telefon Numarası		
E-posta Adresi # 1	@ogr.eskisehir.edu.tr	
E-posta Adresi # 2	@.....	
İŞLETMEDE MESLEKİ EĞİTİM YAPILACAK İŞLETME BİLGİLERİ		
İşletme Adı		
İşletme Adresi		
İşletme Telefon/E-posta	Tel:	E-posta:
İşletme İnternet Adresi		
Cumartesi tam gün mesai	Var ☐	Yok ☐
Pazar tam gün mesai	Var ☐	Yok ☐
Yukarıda belirttiğim bilgilerin doğruluğunu, aşağıda belirtilen tarihler arasında İşletmede Mesleki Eğitimimi yapacağımı, eğitimim süresince işyerinin çalışma, disiplin ve iş güvenliği ile ilgili kurallarına ve bu konudaki mevzuata ve Üniversitemin Disiplin Mevzuatı hükümlerine uyacağımı; sağlık raporu, istirahat, izin vb. almam durumunda iş yerindeki “Eğitici Personel”e ve “Sorumlu Öğretim Elemanı”na, iletteceğimi aksi taktirde SGK prim ödemeleri nedeniyle doğabilecek maddi zararları karşılayacağımı; bu belge üzerinde tarafımca beyan edilen durumda değişiklik olması halinde değişikliği hemen ilgililere bildireceğimi, beyanımın hatalı veya eksik olmasından, bilgilerimin zamanında iletilmesindeki ihmalden kaynaklanacak kayıpların tarafımca karşılanacağını; işletmede mesleki eğitim süresince öğrendiğim olayları, kişileri, isimleri ve diğer bilgileri üçüncü kişilerle paylaşmayacağımı, paylaştığım takdirde her türlü sorumluluğu üstleneceğimi beyan ve taahhüt ederim.		
Öğrencinin İmzası		
Yukarıda kimlik bilgileri bulunan öğrencinin İŞLETMEDE MESLEKİ EĞİTİM dersi kapsamında işletmemizde eğitim alması UYGUN GÖRÜLMÜŞTÜR/GÖRÜLMEMİŞTİR. BAŞLANGIÇ TARİHİ :/...../..... İŞ GÜNÜ: BİTİŞ TARİHİ :/...../.....		Bölüm Başkanı (Ünvanı Adı-Soyadı) Tarih:/...../..... İmzası
İşletme Sorumlusu Adı-Soyadı : Tarih:/...../..... İmzası		Mühür/Kaşe

ÖNEMLİ NOT: Öğrencinin bu formu eğitime başlamadan önce Fakültenin belirleyeceği tarihe kadar Öğrenci İşleri Birimine teslim etmesi zorunludur. Bu form **2 asıl kopya** olarak hazırlanmalıdır (Kopyalardan biri işletmeye teslim edilecek, diğeri Fakültede kalacaktır)