

İŞLETMEDE MESLEKİ EĞİTİM DEVAM ÇİZELGESİ/ VOCATIONAL TRAINING IN
WORKPLACE ATTENDANCE CHART

ÖĞRENCİNİN ADI-SOYADI/NAME-SURNAME OF STUDENT	.....
KİMLİK NUMARASI/ID NUMBER	.....
BÖLÜM/DEPARTMENT	.....
İŞLETME / INSTITUTION/ORGANIZATION	.....

GÜN/ DAY	TARİH/ DATE	İMZA/ SIGNATURE	GÜN/ DAY	TARİH/ DATE	İMZA/ SIGNATURE
1	.../.../20...	.....	21	.../.../20...	.....
2	.../.../20...	.....	22	.../.../20...	.....
3	.../.../20...	.....	23	.../.../20...	.....
4	.../.../20...	.....	24	.../.../20...	.....
5	.../.../20...	.....	25	.../.../20...	.....
6	.../.../20...	.....	26	.../.../20...	.....
7	.../.../20...	.....	27	.../.../20...	.....
8	.../.../20...	.....	28	.../.../20...	.....
9	.../.../20...	.....	29	.../.../20...	.....
10	.../.../20...	.....	30	.../.../20...	.....
11	.../.../20...	.....	31	.../.../20...	.....
12	.../.../20...	.....	32	.../.../20...	.....
13	.../.../20...	.....	33	.../.../20...	.....
14	.../.../20...	.....	34	.../.../20...	.....
15	.../.../20...	.....	35	.../.../20...	.....
16	.../.../20...	.....	36	.../.../20...	.....
17	.../.../20...	.....	37	.../.../20...	.....
18	.../.../20...	.....	38	.../.../20...	.....
19	.../.../20...	.....	39	.../.../20...	.....
20	.../.../20...	.....	40	.../.../20...	.....

**İŞLETMENİN SORUMLU PERSONELİNİN;
(INSTITUTION/ORGANIZATION AUTHORITY)**

Adı-Soyadı/Name and Surname :

Unvanı/Title :

Tarih, İmza ve Mühür/Date, Signature, Stamp :

ÖNEMLİ NOT/NOTES:

- Öğrenci izinli olduğu günlerde **imza atmayacak** ve izinli olduğu günleri **devam çizelgesinde belirtmeyecektir.** /The student will **not sign the chart** on his/her off days and **will not state** the off days on the chart.
- Öğrenci raporlu olduğu günleri telafi etmek ve raporunu ilgili Fakülte Dekanlığına **bildirmek zorundadır.** /The student has to compensate for the days he/she reported sick and **has to submit** the medical report to the Faculty's Dean Office.
- Bu formun "**İşletme Değerlendirme Formu**" ile birlikte kapalı zarf içinde öğrenci/posta aracılığıyla **Fakülteye gönderilmesi arz/rica olunur.** /This form is to be submitted together with the "**Evaluation Form - Institution/Organization**" to the Faculty by the student or via postal service.