|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| C:\Users\Hp\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Word\KTÜ Logo 1A.JPG | **SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU** | | |  |
| **İŞLETMEDE MESLEKİ EĞİTİM - II**  **BAŞVURU FORMU** | | |
| Dok.Kodu: İK.KF.FR.24 | Yay. Tar: 14.03.2023 | Revizyon No: 02 | Rev. Tar: 02.10.2023 | Sayfa Sayısı: 01 |

**İLGİLİ MAKAMA**

Üniversitemiz Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu ………………………..….………………….Bölümü …………………………………………… Programı öğrencisi ……. iş günü süre ile kurumunuzda / işyerinizde İşletmede Mesleki Eğitim - II kapsamında uygulama yapma talebinde bulunmuştur.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında, İşletmede Mesleki Eğitim – II gören öğrenciler hakkında mesleki eğitim süresince ödenmesi gereken iş kazası ve meslek hastalığı sigortası primi ile genel sağlık sigortası primi Üniversitemiz tarafından karşılanacak olup, aşağıda kimlik bilgileri belirtilen öğrencimizin İşletmede Mesleki Eğitimini kuruluşunuzda / işyerinizde yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, saygılar sunarız.

**Öğrenci Bilgileri**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı ve Soyadı |  | Öğrenci No |  |
| T.C. Kimlik No |  | Eğitim-Öğretim Yılı |  |
| İkamet Tezkere No / Geçici T.C. No (Yabancı uyruklu öğrenciler için) |  | Bölümü / Programı |  |
| Baba Adı |  | Telefon No |  |
| Doğum Yeri / Tarihi |  | E-posta Adresi |  |
| İkametgâh Adresi |  | | |

**İşletmede Mesleki Eğitim – II Yapılan Yerin**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı |  | | |
| Adresi |  | | |
| Hizmet Alanı |  | | |
| Telefon Numarası |  | Faks Numarası |  |
| E-posta Adresi |  | WEB Adresi |  |

**İşletmede Mesleki Eğitim – II**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Başlama Tarihi |  | | Bitiş Tarihi | |  | | Süresi: ……… (iş günü) | |
| Günler | Pazartesi | Salı | | Çarşamba | | Perşembe | | Cuma |
|  |  | |  | |  | |  |

**İşletmede Mesleki Eğitim – II Yapılacak Yerin Yetkili Bilgileri**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adı ve Soyadı |  | **Kaşe / İmza / Tarih** |
| Telefon Numarası |  |
| E-posta Adresi |  |
| Adresi |  |
| **Öğrenci** | | **İşletmede Mesleki Eğitim - II**  **Sorumlu Öğretim Elemanı** |
| Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildiririm.  Adı ve Soyadı / İmzası | | Unvanı / Adı ve Soyadı / İmzası |
| **Ek:** **1-** Nüfus Cüzdanı Fotokopisi; **2-** Aile Sağlık Yardımı Sorgulama Belgesi; **3-** SGK Provizyon Belgesi | | |