



SAKARYA UYGULAMALI BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ  
..... FAKÜLTESİ  
..... BÖLÜMÜ

İŞYERİ UYGULAMASI KABUL FORMU

ÖĞRENCİNİN	:	
Adı ve Soyadı	:	
Öğrenci Numarası	:	
T.C. Kimlik Numarası	:	
Telefon (Cep/Ev)	:	
Bölümü	:	
Başlama Tarihi	:	22 Şubat 2021
Bitiş Tarihi	:	18 Haziran 2021
Uygulama Süresi	:	16 Hafta
Öğrenci IBAN Numarası	:	

– İşyeri Uygulamasını aşağıda belirtilen işletmede yapacağımı,  
– İşyeri Uygulaması süresince işyeri ile yapılmış olan protokole, İşyeri Eğitimi Yönergesine, iş yeri disiplin ve çalışma kurallarına uyacağımı,  
– İşyeri Uygulaması süresi içerisinde alınan rapor, istirahat vb. belgelerin aslını rapor alınan tarihten **en geç 2 iş gün içerisinde** ilgili eğitim birimine bildireceğimi **beyan ve taahhüt ediyorum.**  
– Ailemden, kendimden, annem / babam üzerinden, genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti ;**  
 **alıyorum**       **almıyorum.**  
..... / ..... / .....  
Öğrencinin imzası

Yukarıda kimliği verilen Fakültemiz öğrencisinin belirtilen süre içerisinde İşyeri Uygulamasını **Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi** ..... **Fakültesi İşyeri Eğitimi Yönergesi** kapsamında yapması zorunludur. Uygulama süresince, öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Üniversitemiz tarafından yapılacaktır.

Onay  
Bölüm İşyeri Eğitimi Komisyonu Onayı

Onay  
Dekanlık

İŞYERİNİN

Kurum/İşletme Adı	:	
İşyeri 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 **İşyeri Uygulaması** yapması uygun görülmüştür.

Onay  
İşletme

UYGUNDUR

..... / ..... / .....

Bölüm İşyeri Eğitimi Komisyonu Başkanı

**Not :** İşyeri Uygulaması Kabul Formu (3) adet düzenlenecek olup, (1) adet nüfus cüzdanı fotokopisi eklenecektir. İşyeri Uygulaması Kabul Formu düzenlenmeyen öğrenci İşyeri Uygulamasına başlayamaz.