*Değerli Öğrencimiz,*

“Zorunlu İşletmede Mesleki Eğitim” dersleri kapsamında uygulamaların sorunsuz yürütülmesi ve tamamlanması için bu rehber hazırlanmıştır.

**LÜTFEN BAŞVURU VE KABUL FORMUNU**

**AŞAĞIDAKİ BİLGİLERİ DİKKATLE OKUYARAK DOLDURUNUZ!**

1. **Zorunlu İşletmede Mesleki Eğitim Başvuru ve Kabul Formunu** eksiksiz ve hatalı bilgi içermeksizin **mavi** tükenmez/dolma kalem ile doldurup, **fotoğraf yapıştırarak** teslim ediniz.
2. İlgili formu doldurduktan sonra imzalayarak **sorumlu öğretim elemanına** imzalatarak uygulama yapacağınız kurumun İnsan Kaynakları/eğitim birimine/müdürlüğüne götürünüz.
3. Uygulama yapılacak kurum/kuruluşta imzalanan evrakın bir nüshası/kopyasını **bölümünüze** teslim ediniz.
4. Bilgilerin eksik ve/veya hatalı olması, form üzerinde imza, tarih vb. bilgilerin olmaması durumunda, ilgili birimlerin başvuru evraklarını kabul etmeme hakkı vardır.
5. Yükseköğretimde Uygulamalı Eğitimler Çerçeve Yönetmeliği 13. Maddenin 7. bendine göre ‘Staj yapan öğrencilere ödenecek ücretler hakkında 3308 sayılı Kanununun 25 inci maddesi uygulanır.’ ve 8. bendine göre ‘Staj yapan öğrenciler hakkında 5510 sayılı Kanunun 5 inci maddesinin birinci fıkrasının (b) bendi uyarınca iş kazası ve meslek hastalığı sigortası uygulanır. Bu öğrencilerden bakmakla yükümlü olunan kişi durumunda olmayanlar hakkında ayrıca genel sağlık sigortası hükümleri uygulanır. Bu fıkra kapsamında ödenecek primler 5510 sayılı Kanunun 87. maddesinin birinci fıkrasının (e) bendi uyarınca yükseköğretim kurumları tarafından karşılanır.’ İbaresi bulunmaktadır. Bu ders kapsamında öğrencilerin ilgili programlarda uygulamalı eğitimler ile mesleki bilgi ve becerilerini geliştirmek amaçlanmıştır.
6. İşletmede mesleki eğitim çalışma süresi bir yarıyılda 12 haftadır.
7. Uygulamaya gidilecek kurumların istedikleri evraklar farklılık göstermektedir. Her kurum için gerekli test/belge/evrak ilgili kurumdan öğrenilerek öğrenci tarafından hazırlanacaktır. **“Teslim öncesi son kontrol listesi”** tarafınızdan **tam olarak** doldurularak **imzalanmalı** ve **ders öğretim elemanınızdan onay aldıktan sonra** teslim edilmelidir.

Adı Soyadı:

Öğrenci Numarası:

Sınıf:

**………….……….………………………………………………….… BÖLÜM BAŞKANLIĞINA**

Yukarıda belirtilen tarihler arasında 48 iş gününü kapsayan zorunlu İşletmede Mesleki Eğitim Uygulamamı yapmak istiyorum. Zorunlu İşletmede Mesleki Eğitim Uygulamasını 48 iş günü dolmadan herhangi bir mazeret nedeniyle bırakmam durumunda en geç 2 (iki) iş günü içerisinde Bölüm Başkanlığına/dersin sorumlu öğretim elemanına bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereği doğacak cezai yükümlülükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

**Adı Soyadı :**

**İmza :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fakültemizde öğrenim görmekte olan ve kimlik bilgileri aşağıda yazılı öğrencimiz belirtilen tarihlerde zorunlu işletmede mesleki eğitim uygulamasını kurumunuzda/kuruluşunuzda yapmak istemektedir. 5510 sayılı Sosyal Güvenlik Kanununun 87. Maddesinin (e) bendi hükümleri uyarınca öğrencimizin uygulama yapacağı döneme ilişkin **“İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigortası”** primi Üniversitemiz tarafından ödenecektir. | | | |
| Öğrencinin  Adı Soyadı: | | *Fotoğraf* | |
| Sınıf: | | | |
| Öğrenci Numarası: | | | |
| T.C. Kimlik Numarası: | | | |
| SGK Numarası: | Bağ-Kur Numarası: | | Emekli Sandığı Numarası: |
| Adres: | | | |
| GSM: | | | |
| Dönem: 20… / 20… **Eğitim Öğretim Yılı Yarıyılı** | | | |
| Zorunlu İşletmede Mesleki Eğitim Uygulaması Yapacağı Dersin Adı: | | | |
| Zorunlu İşletmede Mesleki Eğitim Uygulaması Yapacağı Kurum/Kuruluş: | | | |
| Zorunlu İşletmede Mesleki Eğitim Uygulaması Başlama ve Bitiş Tarihi: | | | |
| Haftalık İşletmede Mesleki Eğitim Günleri: | | | |
| **………………………….…………………………………………… İNSAN KAYNAKLARI DİREKTÖRLÜĞÜNE / İLGİLİ MÜDÜRLÜĞE**  Yukarıda kimlik ve okul bilgileri verilen Bölümü öğrencisinin  …………………………………………………………………………………….. kurumunda belirtilen iş günü kadar  mesleki eğitim yapması uygundur. İlgili öğrencinin kurumunuzda/kuruluşunuzda zorunlu mesleki eğitim yapması için gereğini arz/rica ederim.  **Bölüm Başkanı Spor Bilimleri Fakültesi Dekanı**  **Adı Soyadı: Adı Soyadı:**  **Tarih: Tarih:**  **İmza: İmza:** | | | |
| **KURUM ADINA ONAYLAYAN YETKİLİNİN;**  Yukarıda ismi ve bilgileri yazılı olan öğrencinin kurumumuzda 48 iş günü mesleki eğitim yapması uygundur.  **Kurum Sorumlusu Adı Soyadı:**  **Tarih:**  **İmza:** | | | |