

	SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU			
	İŞLETMEDE MESLEKİ EĞİTİM - I BAŞVURU FORMU			
Dok.Kodu: İK.KF.FR.24	Yay. Tar: 14.03.2023	Revizyon No: 01	Rev. Tar: 25.01.2023	Sayfa Sayısı: 01

İLGİLİ MAKAMA

Üniversitemiz Sağlık Hizmetleri Meslek YüksekokuluBölümü
..... Programı öğrencisi iş günü süre ile kurumunuzda / işyerinizde
İşletmede Mesleki Eğitim - I kapsamında uygulama yapma talebinde bulunmuştur.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında, İşletmede Mesleki Eğitim – I 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 – I Yapılan Yerin

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

İşletmede Mesleki Eğitim – I

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

İşletmede Mesleki Eğitim – I Yapılacak Yerin Yetkili Bilgileri

Adı ve Soyadı		Kaşe / İmza / Tarih
Telefon Numarası		
E-posta Adresi		
Adresi		
Öğrenci		İşletmede Mesleki Eğitim - I 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