

 	SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MEK-2 İŞLETMEDE MESLEKİ EĞİTİM BAŞVURU VE KABUL FORMU	Doküman Kodu	FR.SHMYO.06
		Yayın Tarihi	28.05.2025
		Revizyon Tarihi	10.06.2026
		Revizyon Numarası	01
		Gizlilik Sınıfı	Hizmete Özel

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulumuzda öğrenim görmekte olan ve kimlik bilgileri aşağıda yazılı öğrencimiz belirtilen tarihlerde işletmede mesleki eğitim uygulamasını kurumunuzda/kuruluşunuzda yapmak istemektedir. 5510 sayılı kanun gereğince, öğrencimizin staj dönemi boyunca yapılması gereken “İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigortası” yasa gereğince Üniversitemizce karşılanacaktır.

Adı Soyadı:

Program/ Sınıfı:

Öğrenci Numarası:

T.C. Kimlik Numarası:

Adres:

Telefon Numarası:

Dönem:/..... Eğitim ÖğretimYarıyılı

İşletmede Mesleki Eğitim Uygulaması Yapılacak Kurum:

Süresi (İş Günü):..... gün

İşletmede Mesleki Eğitim Başlama ve Bitiş Tarihi:

.....**PROGRAM BAŞKANLIĞINA,**

Yukarıda belirtilen tarihler arasında iş gününü kapsayan işletmede mesleki eğitim uygulamamı yapmak istiyorum. İşletmede mesleki eğitimi..... iş günü dolmadan herhangi bir mazeret nedeniyle bırakmam durumunda en geç 2 (iki) iş günü içerisinde Program Başkanlığına 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:

Tarih:

İmza:

.....**İNSAN KAYNAKLARI MÜDÜRLÜĞÜNE/DİREKTÖRLÜĞÜNE,**

Yukarıda kimlik ve okul bilgileri verilen Programı öğrencisinin kurumunda belirtilen iş günü kadar işletmede mesleki eğitim yapması uygundur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

.....
Öğretim Elemanı

İmza

(İŞLETME/KURUM TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR)

Yukarıda ismi ve bilgileri yazılı olan öğrencinin kurumumuzda..... iş günü işletmede mesleki eğitim yapması uygundur.

İşletme/Kurum Sorumlusu

Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza: