

 	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	-
		Revizyon Numarası	00
		Gizlilik Sınıfı	Hizmete Özel

Fakültemizde öğrenim görmekte olan ve kimlik bilgileri aşağıda yazılı öğrencimiz belirtilen tarihlerde işletmede mesleki 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:

GSM:

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 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:

	HAZIRLAYAN	KONTROL	ONAY
Unvan	Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü	Strateji ve Kalite Direktörlüğü	GENEL SEKRETERLİK
İmza			