|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Adı Soyadı** |  | | |
| **T.C. Kimlik No** |  | **Programı** |  |
| **Öğrenci No** |  | **Öğretim Yılı** | **20**….. **– 20**….. |
| **E-posta** |  | **Telefon No** |  |
| **İkametgah Adresi** |  | | |
| **GENEL SAĞLIK SİGORTASI BEYANI VE TAAHHÜDÜ**  Aşağıda işaretlediğim beyanın doğruluğunu, beyan ettiğim durumumda herhangi bir değişiklik olması halinde değişikliği derhal tarafınıza bildireceğimi kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak her türlü prim, idari ceza, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafımca ödeneceğini taahhüt ederim.  □ Ailemden anne/babam üzerinden veya kendimin kamu/özel sektörde çalışmamdan dolayı genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti alıyorum.** Bu nedenle işletmede mesleki eğitim süresince genel sağlık sigortası kapsamında olmayı **kabul etmiyorum.**  □ Ailemden anne/babam üzerinden veya kendimin kamu/özel sektörde çalışmamamdan dolayı genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti almıyorum.** Bu nedenle işletmede mesleki eğitim süresince genel sağlık sigortası kapsamında olmayı **kabul ediyorum.** | | | |
| İşletmede Mesleki Eğitim dersimi aşağıda belirtilmiş olan işletmede yapacağımı, bu eğitim süresince Çukurova Üniversitesi, AOSB Teknik Bilimler Meslek Yüksekokulu İşletmede Mesleki Eğitim Yönergesi hükümlerine ve işletme çalışma disiplin kurallarına uyacağımı, İşletmede Mesleki Eğitim süresince sağlık kurumlarından alacağım raporu AOSB Teknik Bilimler Meslek Yüksekokulu Müdürlüğüne 3 (üç) gün içinde bildireceğimi, bildirmediğim takdirde doğacak yasal durumdan sorumlu olacağımı beyan ve taahhüt ediyorum.  ……. / ……. / 20….  Öğrenci İmzası | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **İŞLETMENİN** | | | | | | | | |
| **Adı** |  | | | | | | | |
| **Adresi** |  | | | | | | | |
| **Üretim/Hizmet Alanı** |  | | | | | | | |
| **Telefon No** |  | | **Faks No.** | | |  | | |
| **E-posta** |  | | **Web Adresi** | | |  | | |
| **Eğitim Başlama Tarihi** | …. / …. / 20… | **Bitiş Tarihi** | | | …. / …. / 20… | **Süresi (hafta)** | |  |
| **İŞLETME EĞİTİCİ PERSONELİ** | | | | | | | | |
| **Adı Soyadı** |  | | | | | | | |
| **Görev ve Ünvanı** |  | | | **İmza/Kaşe** | | |  | |
| **E-posta adresi** |  | | |
| **Tarih** |  | | |

Yukarıda kimliği verilen öğrencimizin işletmeniz bünyesinde yapacağı İşletmede Mesleki Eğitim süresi boyunca iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Üniversitemiz tarafından yapılacaktır. İşletme Değerlendirme Formu ’nu eğitim süresinin bitimini takip eden **3 (üç) iş günü** içerisinde kapalı-onaylı zarf içinde olacak şekilde öğrenciye elden vermenizi rica eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

……. / ……. / 20….

İmza

Sorumlu Öğretim Elemanı

**ÖNEMLİ NOT:**

1. **Bu form 2 asıl nüsha olarak (fotokopi değil) hazırlanır.** Hazırlanan nüshalardan bir tanesi belirtilen tarihlerde öğrenci İşlerine, bir tanesi de bağlı bulunduğu programın sorumlu öğretim elemanına teslim edilir.
2. İşletmede Mesleki Eğitimi bitiren öğrenci dosya haline getirdiği ve tarihsel olarak sıralanmış haftalık uygulama raporlarını **Meslek Yüksekokulu** **internet sayfasında ilan edilen tarihe kadar** sorumlu öğretim elemanına teslim etmek zorundadır.
3. **İlan edilen tarihten sonra teslim edilecek İşletmede Mesleki Eğitim evrakları kabul edilmeyecek olup İşletmede Mesleki Eğitim dersi BAŞARISIZ olarak kabul edilecektir.**