|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÖĞRENCİ BİLGİLERİ** | **Adı ve Soyadı** | |  |
| **Fakülte/** **Meslek Yüksekokulu** | |  |
| **Bölüm/Program** | |  |
| **Öğrenci No** | |  |
| **Sınıf** | |  |
| **T.C. Kimlik Numarası** | |  |
| **İletişim Numarası** | |  |
| **Uygulamalı Ders Başlama/Bitiş Tarihi** | | ……. /….…/20….. - ……/……/20……. |
| **İş Günü Sayısı** | |  |
|  | **Haftalık Gün Sayısı** | |  |
| **Genel Sağlık Sigortası Beyan ve Taahhüdü**  Ailemden Annem/ Babam üzerinden Genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti alıyorum**. Bu nedenle stajım boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul etmiyorum.  Ailemden Annem/ Babam üzerinden Genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti almıyorum**. Bu nedenle stajım boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul ediyorum. | | | |
| * Uygulamalı ders sırasında iş yeri disiplin ve çalışma kurallarına uyacağımı, * Uygulamalı ders sırasında ve uygulamalı dersin sona ermesinden sonra ilgili tüm iş yeri sırları ve gizli belgeleri koruyacağımı, * Uygulamalı dersin belirtilen yerde ve sürelerde Fakülte/Meslek Yüksekokulu Uygulamalı Ders Usul ve Esasları çerçevesinde yapacağımı, * Yukarıda belirttiğim bilgilerin doğru olduğunu ve bu bilgilerin değişmesi halinde değişikliği 2 iş günü içinde Dekanlık/Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü’ne bildireceğimi, * Beyanlarımdan kaynaklanacak her türlü hukuki ve cezai işlemi kabul edeceğimi beyan ve taahhüt ederim.   ….. / …… / 20….  Öğrencinin İmzası | | | |
| **İŞ YERİ BİLGİLERİ** | **İş Yeri Adı** | |  |
| **Adresi** | |  |
| **İletişim Numarası** | |  |
| **E-Posta Adresi** | |  |
| **Faaliyet Alanı** | |  |
| **UYGUNDUR**  **İşveren/Yetkili**  **Adı Soyadı**  **(Unvanı)**  **Kaşe ve İmza** | | | |
| **BÖLÜM UYGULAMALI DERS KOMİSYONU**  **Başkan/Üye** | | **FAKÜLTE/ MESLEK YÜKSEKOKULU**  **ONAYI**  **….. / …… / 20…** | |
| **Önemli**  **Not:** | 1-Uygulamalı Ders Kabul Formu (2) adet düzenlenecek olup, akademik dönem başlangıç tarihinden en az 20 gün önce kimlik fotokopisi ve 1 adet vesikalık fotoğraf ile birlikte Fakülte/Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü’ne teslim edilmesi gerekir**.**  2- Öğrenci uygulamalı dersi yaparken **rapor alırsa** raporunu aldığı gün öğrenim gördüğü birimin e-posta adresi üzerinden bildirmek zorundadır. Bildirmeyen öğrencinin gelecek **cezai işlemden** kendisi sorumludur.  3-5510 sayılı yasa gereğince uygulamalı ders başvurusunda bulunan öğrencinin iş kazası ve meslek hastalıkları sigorta primlerinin ödeme yükümlüsü Kayseri Üniversitesi Rektörlüğü’dür. | | |