|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | ***T.C.*** |  |  |  |  |
| *Republic of Turkey* | | | | | | | | | |
| ***ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ*** | | | | | | | | | |
| *CANAKKALE ONSEKIZ MART UNIVERSITY* | | | | | | | | | |
| ***Turizm Fakültesi*** */ Tourism Faculty* | | | | | | | | | |
| ***İŞLETMELERDE MESLEKİ EĞİTİM UYGULMA KABUL FORMU*** | | | | | | | | | |
| *Training On Job Acceptance Form* | | | | | | | | | |
| *Aşağıda bilgileri yazılı fakülteniz öğrencisinin işletmemizde uygulama yapması uygun görülmüştür.* | | | | | | | | | |
| *The student is permitted to do his/her Training On Job at our company on the dates indicated below.* | | | | | | | | | |
| *1 - Aşağıda belirtilen tarihler dışında uygulama öğrencisi olarak kesinlikle çalıştırılmayacağını,* | | | | | | | | | |
| *The company guarantees that the student will not be worked as a trainee out of the the dates indicated below,* | | | | | | | | | |
| *2- Uygulama yapan öğrenci iş kazası yaptığında, öğrenildiğinden itibaren 1 gün içinde fakülteye faks çekeceğimi, taahhüt ederim.* | | | | | | | | | |
| *In the case of work accident regarding to trainer, the company guarantees to inform faculty in a day via fax.* | | | | | | | | | |
| *İşletme Yetkilisi / Responsible Staff of the Company* | | | | | | | | | |
| *Adı - Soyadı - İmza - Kaşe* | | | | | | | | | |
| *Name - Surname - Signature - Stamp* | | | | | | | | | |
| *Uygulama yapılacak işletme tarafından staj öncesinde doldurulacaktır.* | | | | | | | | | |
| *This will be filled in before the training on job by the company in which the training on job will be performed.* | | | | | | | | | |
| ***I. ÖĞRENCİ BİLGİLERİ/STUDENT INFORMATION*** | | | | | | | | | |
| ***Adı Soyadı/Name-Surname*** | |  | | | ***T.C. NO:*** | | | ***Bölüm / Department*** |  |
| ***Öğrenci No/Student ID No*** | |  | | | | ***Sınıfı/Class:*** | | | |
| ***Yazışma Adresi/Contact Address*** | |  | | | | ***GSM:*** | | | |
| ***Mail:*** | | | |
| ***Sigorta Durumu*** | *Var* | *SSK ( )* | *Bağkur ( )* |  | *Emekli Sandığı ( )* | *Yok* | | | |
| ***II. UYGULAMA YAPILACAK KURUMUN/THE INSTITUTION'S*** | | | | | | | | | |
| ***İşletmenin Adı/ Name of the Company:*** | | | | | | | | | |
| ***Departman/ Department:*** | | | | | | | | | |
| ***Adres/Address:*** | | | | | | | | | |
| ***Telefon/Phone:*** | | | | | *Fax:* | | *E-Mail:* | | |
| ***Uygulamaya Başlama Tarihi/Begining Date*** | | | | | *.……..../…….…./20..…* | | | | |
| ***Uygulama Bitiş Tarihi/Ending Date*** | | | | | *.……..../…….…./20…..* | | | | |
| ***Toplam Gün/Total*** | | | | | *…….….. Gün* | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| ***(Bu kısım öğrenci tarafından doldurulacak.*** *This section will be filled by the student.)* | | | | | | | | | |
| *Yukarıda adı geçen işletmede, belirtilen tarihler arasında …..* ***Gün*** *uygulaması yapacağımı, bu tarihler dışında staj yapmayacağımı taahhüt* | | | | | | | | | |
| *eder aksi durumda stajımın iptal edileceğini ayrıca sigorta durumuyla ilgili kısımda belirttiğim bilgilerin yanlışlığı durumunda SGK' dan* | | | | | | | | | |
| *doğan zararı karşılayacağımı kabul ederim.* | | | | | | | | | |
|  | ***Onay*** |  |  |  |  |  |  |  | *…../…../20….* |
| ***Bölüm İşletme Uygulama Eğitim Komisyon Üyesi*** | | | | | | | | | |
|  | ***İmza*** |  |  |  |  |  |  | ***Öğrencinin Adı - Soyadı / İmzası*** | |
| ***…..../..…../20…..*** | | | | | | | | | |