

EK-1 İŞ YERİ UYGULAMASI KABUL FORMU

Doküman No	KMYO.FRM.001
Yayın Tarihi	06.01.2023
Revizyon Tarihi	26.12.2025
Sayfa	1/1

İlgili Makama,

Aşağıda bilgileri yazılı öğrencimizin “İş Yeri Uygulaması” dersi kapsamındaki uygulamalı eğitimini, “Kahramankazan Meslek Yüksek Okulu İş Yeri Uygulaması Yönergesi” gereği, işletmelerde yapma zorunluluğu vardır. Öğrencimizin akademik biriminde aldıkları teorik bilgilere ek olarak pratik bilgi ve becerilerini geliştirmek üzere iş yerinizde uygulamalı eğitim yapması hususunda göstereceğiniz ilgi ve destek için teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

Öğrencimizin mesleki eğitimini işyerinizde yapmasının tarafınızca kabul edilmesi halinde, 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” gereği “Sosyal Sigortalar Kurumu Sigortalı İşe Giriş Bildirgesi” düzenlenerek “İş Kazası ve Meslek Hastalıkları Sigorta Primi”, kurumumuz tarafından ödenecektir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ve rica ederim.

Doç. Dr. Erkan Yıldız
Kahramankazan Meslek
Yüksekokulu Müdürü

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı-Soyadı		T.C. Kimlik No:	
Okul Numarası		Telefon No:	
Program Adı		E-posta Adresi:	
Program Koordinatörü Öğretim Elemanı			
Eğitime Başlama / Bitiş			

GENEL SAĞLIK SİGORTASI BEYAN VE TAAHHÜDÜ

- ☐ Ailemden, annem / babam üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti almıyorum. Bu nedenle iş yeri uygulaması boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı **kabul ediyorum**.
- ☐ Ailemden, annem / babam üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti alıyorum. Bu nedenle iş yeri uygulaması boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı **kabul etmiyorum**.
- ☐ Kendim SGK (4a/4b/4c)'ya bağlı olarak çalışmaktayım. Bu nedenle iş yeri uygulaması boyunca SGK kapsamında olmayı kabul etmiyorum.

İş yeri uygulamasını aşağıda bilgileri olan işletmede yapacağımı, uygulama süresince işyerinin çalışma, disiplin ve iş güvenliği ile ilgili kurallarına ve bu konudaki mevzuata ve “Kahramankazan Meslek Yüksekokulu İş Yeri Uygulaması Yönergesi” hükümlerine uyacağımı, sağlık raporu, istirahat, izin vb. almam durumunda iş yerindeki “İş Yeri Eğitim Sorumlusuna” ve “Program Koordinatörüne”, ileteceğimi, bu belge üzerinde tarafımda beyan edilen durumumda değişiklik olması halinde değişikliği hemen ilgililere bildireceğimi, beyanımın hatalı veya eksik olmasından, bilgilerimin zamanında iletilmesindeki ihmalimden kaynaklanacak kayıpların tarafımda karşılanacağını taahhüt ve beyan ederim.

Öğrenci İmza
Tarih...../...../.....

İŞLETME BİLGİLERİ

İşletmenin Adı	
Adresi	
Faaliyet Alanı (Sektör)	
İş Yeri Eğitim Sorumlusu Adı Soyadı	
İrtibat Telefonu	
E-posta Adresi	

Yukarıda bilgileri yazılı öğrencinizin belirtilen süre içerisinde iş yeri uygulamasını iş yerimizde yapması uygun görülmüştür.

İşyeri Yetkilisi Adı Soyadı:

Kaşe/İmza

Tarih...../...../20.....

UYGUNDUR

...../...../.....

Doç. Dr. Erkan Yıldız
Kahramankazan Meslek Yüksekokulu Müdürü