**T.C.**

**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ İŞYERİ EĞİTİMİ BAŞVURU FORMU**



**İLGİLİ MAKAMA**

Fotoğraf

Aşağıdakimlik bilgileri verilen Üniversitemiz Of Teknoloji Fakültesi Yazılım Mühendisliği Bölümü öğrencisi, .............................................. tarihleri arasında kurumunuzda/işyerinizde işyeri eğitimi yapma talebinde bulunmuştur. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında, işyeri eğitimi süresince ödenmesi gereken iş kazası ve meslek hastalığı sigortası primi ile genel sağlık sigortası primi Üniversitemiz tarafından karşılanacak olup, aşağıda kimlik bilgileri belirtilen öğrencimizin işyeri eğitimini kuruluşunuzda/işyerinizde yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, saygılar sunarız.

**Öğrencinin Bilgileri**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı |  | | |
| ÖğrenciNo |  | Bölüm / Sınıf |  |
| e-posta |  | Telefon No |  |
| İkametgah Adresi |  | | |

**Öğrencinin Nüfus Kayıt Bilgileri**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| T.C.Kimlik No |  | Nüfusa Kayıtlı Olduğu İl |  |
| N.Cüzdan Seri No |  | İlçe |  |
| Adı |  | Mahalle-Köy |  |
| Soyadı |  | Cilt No |  |
| Baba Adı |  | Aile Sıra No |  |
| Ana Adı |  | Sıra No |  |
| Doğum Yeri |  | Verildiği Nüfus Dairesi |  |
| Doğum Tarihi |  | Veriliş Tarihi |  |
|  | | Veriliş Nedeni |  |

**İşYeri Eğitimi Yapılacak Yerin Bilgileri**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kurumun/Kuruluşun Adı |  | | | | | |
| Adresi |  | | | | | |
| Üretim/Hizmet Alanı |  | | | | | |
| Telefon No |  | | Faks No | |  | |
| e-posta |  | | Web Adresi | |  | |
| İşyeri Eğitimi Başlama Tarihi |  | Bitiş Tarihi | |  | Süresi (gün) |  |

**İşYeri Eğitimi Yapılacak Yerin Yetkili Bilgileri**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adı Soyadı |  | (Kaşe/İmza/Tarih) |
| Görev ve Unvanı |  |
| e-posta |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÖĞRENCİNİN İMZASI** | **İŞYERİ EĞİTİMİ KOMİSYONU ONAYI** |
| Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildiririm.  İmza:  Tarih: | İmza:  Tarih: |

**EK :** 1-Sağlık provizyon belgesi

2-Aile sağlık yardımı sorgulama belgesi

3-Nüfus cüzdanı fotokopisi (tek yüze arka ve ön)

**NOT**: Formun işyeri eğitimine başlama tarihinden **en az 14 gün önce** İşYeri Eğitimi Komisyonu Başkanlığına teslim edilmesi gerekmektedir.

Adres:Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık, Kültür ve Spor Daire Başkanlığı TRABZON

Tel:04623773800 e-mail:[medikososyal@ktu.edu.tr](mailto:medikososyal@ktu.edu.tr) <http://www.ktu.edu.tr/sks>