**T.C.**

**İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**

**Mesleki Uygulama Formu**

**Sayı: 47476978.773.02**

Öğrencilerimizin öğrenim süresi sonuna kadar kurum ve kuruluşlarda mesleki uygulama yapma zorunluluğu vardır. Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimiz mesleki uygulamasını kurumunuzda yapmak istemektedir. COVİD-19 vb gibi bulaş riskine karşı T.C Sağlık Bakanlığı COVİD-19 salgınına yönelik hazırlanan Bilim Kurulu rehberine göre alınması gereken önlemlere tam ve eksiksiz uyulması öğrencimizin sorumluluğundadır. **Öğrencimizin mesleki uygulama süresince sigorta prim ödeme yükümlülüğü kurumumuza aittir.** Göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

|  |
| --- |
| **Yüksekokul Müdürü**  **Doç. Dr. Mehmet SOYAL** |
|  |
| **İmza** |

**ÖĞRENCİ BİLGİLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| Adı-Soyadı |  |
| Fakülte/Yüksekokul |  |
| Bölüm/Program |  |
| Sınıfı/Öğrenci No |  |
| Cep Telefonu |  |
| Mesleki Uygulama Ders Kodu ve Adı |  |

**MESLEKİ UYGULAMA YAPILACAK KURUM BİLGİLERİ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Adı |  | | | |
| Adresi |  | | | |
| Üretim/Hizmet Alanı |  | | **Telefon No** |  |
| **Mesleki Uygulama** **Başlama Tarihi** | 04 / 03/ 2024 | **\*Mesleki Uygulama Bitiş Tarihi** | | 5 /06/ 2024 |
| Haftalık İş Günü Sayısı | 13 | Toplam İş Günü | |  |
| Başka bir kurumda sigortası var mı? Evet  Hayır | | | | |

***\* Mesleki Uygulama tarihlerini belirlerken resmi tatil ve dini bayramları dâhil etmeden belirleyiniz. Tarihlerde yanlışlık olması halinde imzalar tamamlanmış olsa dahi formu tekrar doldurup imzalatmanız gerekmektedir.***

**İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN BİLGİLERİ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı |  | **Cumartesi Çalışılıyor mu?** | | **Evet**   **Hayır** |
| Görev ve Unvanı |  | **İmza ve Kaşe** |  | |
| E-posta adresi |  |
| Tarih |  |

|  |
| --- |
| ***\****KVKK (Kişisel Verilerin Korunması Kanunu) kapsamında; verileriniz İstanbul Gelişim Üniversitesi koruması altındadır. Mesleki Uygulama süresince Üniversite'ye verdiğim kişisel verilerimin, Üniversite tarafından saklanmasına; İş yeri Mesleki Uygulama Sözleşmesindeki ve Mesleki Uygulama Formundaki kişisel verilerimin, Mesleki Uygulama yaptığım İşverene aktarılmasına rızam ve muvafakatim vardır. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ÖĞRENCİNİN İMZASI** | **BÖLÜM/PROGRAM BAŞKANI ONAYI** | **ÖĞRENCİ İŞLERİ ONAYI** |
| Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, COVID-19 Salgını nedeniyle karşılaşabileceğim tüm sağlık problemlerinden tüm sorumluluğun tarafıma ve aileme ait olduğunu, bu konuda herhangi bir hak talebinde bulunmayacağımı kabul, beyan ve taahhüt eder, Mesleki Uygulama yapacağım adı geçen firma ile ilgili Mesleki Uygulama evraklarının onaylanmasını saygılarımla arz ederim.  İmza:  Tarih: | Unvanı, Adı ve Soyadı /Kaşe  İmza:  Tarih: | Sosyal Güvenlik Kurumuna Mesleki Uygulama başlama giriş işlemi yapılmıştır.  İmza:  Tarih: |

***NOT: BU FORM BİLGISAYAR ORTAMINDA DOLDURULMALIDIR. GEREKLİ İMZALAR TAMAMLANDIKTAN SONRA MESLEKİ UYGULAMA******BAŞLAMA TARİHİNDEN EN GEÇ 15 GÜN ÖNCE MESLEKİ UYGULAMA İŞLEMLERİN BAŞLATILMASI GEREKMEKTEDİR.***