|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **DEVELİ MYO**  **BECERİ EĞİTİM FORMU** | Doküman No | FR-003 |
| İlk Yayın Tarihi | 18/04/2021 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | 0 |
| Sayfa No | 1 / 1 |

**ÖĞRENCİNİN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı |  | | | |
| Öğrenci No |  | | Öğretim Yılı |  |
| E-Posta Adresi |  | | Telefon No |  |
| İkametgah Adresi |  | | | |
| Öğrencinin İmzası | | Beceri Eğitimi Komisyonunun İmza ve Kaşesi | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adı |  | |
| Adresi |  | |
| Faaliyet alanı |  | |
| Telefon Numarası |  | E-Posta Adresi |
| Başlama Tarihi |  | Bitiş Tarihi |
| Beceri Eğitimi Süresi |  | Haftalık Beceri Eğitimi Yapılacak Gün Sayısı |
| Yetkilinin Adı Soyadı |  | İmza ve Kaşe |
| Görev ve Ünvanı |  |
| E-Posta Adresi |  |
| Telefon Numarası |  |

**ÖNEMLİ NOT : 5510 Sayılı Kanun gereği staja başlama ve bitiş tarihi ile haftalık yapılacak Beceri Eğitimi günü işveren tarafından doldurulacak, işverenin beyanı esas alınacaktır. Beyan eksikliğinden kaynaklanan sorunlardan öğrenci ve işveren sorumlu olup, Üniversitemizin sorumluluğu bulunmamaktadır.**

Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimiz yapmakla yükümlü olduğu beceri eğitimini kurumumuzda yapmak istemektedir.5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 87. Maddesinin e bendi hükümleri uyarınca öğrencimizin zorunlu beceri eğitimi dönemine ilişkin …… iş gününü kapsayan “İş kazası ve Meslek Hastalığı Sigorta Primi” Üniversitemiz tarafından Sosyal Güvenlik Kurumuna ödenecektir.

**BECERİ EĞİTİMİ YAPILAN YERİN**