



SAKARYA UYGULAMALI BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ
SPOR BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
ANTRENÖRLÜK EĞİTİMİ BÖLÜMÜ

İŞLETMEDE MESLEKİ EĞİTİM KABUL FORMU

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı :
Öğrenci Numarası :
T.C. Kimlik Numarası :
Telefon (Cep/Ev) :
Bölümü :
Başlama Tarihi : 27/09/2021
Bitiş Tarihi : 14/02/2021
Uygulama Süresi : 16 Hafta
Öğrenci IBAN Numarası :

– İş Yeri Uygulamasını aşağıda belirtilen işletmede yapacağımı,
– İş Yeri Uygulaması süresince iş yeri ile yapılmış olan protokole, İş Yeri Eğitimi Yönergesine, iş yeri disiplin ve çalışma kurallarına uyacağımı,
– İş Yeri Uygulaması süresi içerisinde alınan rapor, istirahat vb. durumları belgelerin aslını ibraz etmek üzere bölüm sekreterliğine bildireceğimi, İş Yeri Uygulaması başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya İş Yeri Uygulamasından vazgeçmem halinde en az (5) iş gün önceden ilgili eğitim (Fakülte) birimine bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı kanun gereği doğacak cezai yükümlükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.
– Ailemden, kendimden, annem / babam üzerinden, genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti ;
☐ Alıyorum ☐ Almıyorum. ☐ Emekli Sandığı

Yukarıda işaretlediğim beyanımın doğruluğunu, beyan ettiğim durumumda herhangi bir değişiklik olması halinde değişikliği derhal tarafınıza bildireceğimi kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak her türlü ücret, prim, idari para cezası, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafımda geri ödeneceğini taahhüt ederim.

..... / /
Öğrencinin imzası

Yukarıda kimliği verilen Fakültemiz öğrencisinin belirtilen süre içerisinde İş Yeri Uygulamasını **Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi İş Yeri Eğitimi Yönergesi** kapsamında yapması zorunludur. Uygulama süresince, öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Üniversitemiz tarafından yapılacaktır.

Onay
Bölüm İş Yeri Eğitimi Komisyonu Onayı

Onay
Dekanlık

İŞ YERİNİN

Kurum/İşletme Adı :
İş Yeri Yetkilisi Adı-Soyadı :
Adresi :
Tel/Faks Numarası :
E-Posta Adresi :
Faaliyet Alanı (Sektör) :

Yukarıda Adı soyadı ve T.C. Kimlik Numarası yazılı öğrencinin yukarıda belirtilen tarihlerde iş yerimizde **İş Yeri Uygulaması** yapması uygun görülmüştür.

Onay
İşletme

UYGUNDUR

..... / /

Bölüm İş Yeri Eğitimi Komisyonu Başkanı

Not : İş Yeri Uygulaması Kabul Formu (3) adet düzenlenecek olup, (1) adet nüfus cüzdan fotokopisi eklenecektir. İş Yeri Uygulaması Kabul Formu düzenlenmeyen öğrenci İş Yeri Uygulamasına başlayamaz.



SAKARYA UYGULAMALI BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ
SPOR BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
SPOR YÖNETİCİLİĞİ BÖLÜMÜ

İŞLETME MESLEKİ EĞİTİM KABUL FORMU

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı :
Öğrenci Numarası :
T.C. Kimlik Numarası :
Telefon (Cep/Ev) :
Bölümü :
Başlama Tarihi : 27/09/2021
Bitiş Tarihi : 14/02/2021
Uygulama Süresi : 16 Hafta
Öğrenci IBAN Numarası :

– İş Yeri Uygulamasını aşağıda belirtilen işletmede yapacağımı,
– İş Yeri Uygulaması süresince iş yeri ile yapılmış olan protokole, İş Yeri Eğitimi Yönergesine, iş yeri disiplin ve çalışma kurallarına uyacağımı,
– İş Yeri Uygulaması süresi içerisinde alınan rapor, istirahat vb. durumları belgelerin aslını ibraz etmek üzere bölüm sekreterliğine bildireceğimi, İş Yeri Uygulaması başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya İş Yeri Uygulamasından vazgeçmem halinde en az (5) iş gün önceden ilgili eğitim (Fakülte) birimine bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı kanun gereği doğacak cezai yükümlükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.
– Ailemden, kendimden, annem / babam üzerinden, genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti ;
☐ Alıyorum ☐ Almıyorum. ☐ Emekli Sandığı

Yukarıda işaretlediğim beyanımın doğruluğunu, beyan ettiğim durumumda herhangi bir değişiklik olması halinde değişikliği derhal tarafınıza bildireceğimi kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak her türlü ücret, prim, idari para cezası, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafımda geri ödeneceğini taahhüt ederim.

..... / /
Öğrencinin İmzası

Yukarıda kimliği verilen Fakültemiz öğrencisinin belirtilen süre içerisinde İş Yeri Uygulamasını **Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi İş Yeri Eğitimi Yönergesi** kapsamında yapması zorunludur. Uygulama süresince, öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Üniversitemiz tarafından yapılacaktır.

Onay
Bölüm İş Yeri Eğitimi Komisyonu Onayı

Onay
Dekanlık

İŞ YERİNİN

Kurum/İşletme Adı :
İş Yeri Yetkilisi Adı-Soyadı :
Adresi :
Tel/Faks Numarası :
E-Posta Adresi :
Faaliyet Alanı (Sektör) :

Yukarıda Adı soyadı ve T.C. Kimlik Numarası yazılı öğrencinin yukarıda belirtilen tarihlerde iş yerimizde **İş Yeri Uygulaması** yapması uygun görülmüştür.

Onay
İşletme

UYGUNDUR

..... / /

Bölüm İş Yeri Eğitimi Komisyonu Başkanı

Not : İş Yeri Uygulaması Kabul Formu (3) adet düzenlenecek olup, (1) adet nüfus cüzdan fotokopisi eklenecektir. İş Yeri Uygulaması Kabul Formu düzenlenmeyen öğrenci İş Yeri Uygulamasına başlayamaz.



SAKARYA UYGULAMALI BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ
SPOR BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
REKREASYON BÖLÜMÜ

İŞLETMEDE MESLEKİ EĞİTİM KABUL FORMU

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı :
Öğrenci Numarası :
T.C. Kimlik Numarası :
Telefon (Cep/Ev) :
Bölümü :
Başlama Tarihi : 27/09/2021
Bitiş Tarihi : 14/02/2021
Uygulama Süresi : 16 Hafta
Öğrenci IBAN Numarası :

– İş Yeri Uygulamasını aşağıda belirtilen işletmede yapacağımı,
– İş Yeri Uygulaması süresince iş yeri ile yapılmış olan protokole, İş Yeri Eğitimi Yönergesine, iş yeri disiplin ve çalışma kurallarına uyacağımı,
– İş Yeri Uygulaması süresi içerisinde alınan rapor, istirahat vb. durumları belgelerin aslını ibraz etmek üzere bölüm sekreterliğine bildireceğimi, İş Yeri Uygulaması başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya İş Yeri Uygulamasından vazgeçmem halinde en az (5) iş gün önceden ilgili eğitim (Fakülte) birimine bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı kanun gereği doğacak cezai yükümlükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.
– Ailemden, kendimden, annem / babam üzerinden, genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti ;
☐ Alıyorum ☐ Almıyorum. ☐ Emekli Sandığı

Yukarıda işaretlediğim beyanımın doğruluğunu, beyan ettiğim durumumda herhangi bir değişiklik olması halinde değişikliği derhal tarafınıza bildireceğimi kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak her türlü ücret, prim, idari para cezası, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafımda geri ödeneceğini taahhüt ederim.

..... / /
Öğrencinin imzası

Yukarıda kimliği verilen Fakültemiz öğrencisinin belirtilen süre içerisinde İş Yeri Uygulamasını **Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi İş Yeri Eğitimi Yönergesi** kapsamında yapması zorunludur. Uygulama süresince, öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Üniversitemiz tarafından yapılacaktır.

Onay
Bölüm İş Yeri Eğitimi Komisyonu Onayı

Onay
Dekanlık

İŞ YERİNİN

Kurum/İşletme Adı :
İş Yeri Yetkilisi Adı-Soyadı :
Adresi :
Tel/Faks Numarası :
E-Posta Adresi :
Faaliyet Alanı (Sektör) :

Yukarıda Adı soyadı ve T.C. Kimlik Numarası yazılı öğrencinin yukarıda belirtilen tarihlerde iş yerimizde **İş Yeri Uygulaması** yapması uygun görülmüştür.

Onay
İşletme

UYGUNDUR

..... / /

Bölüm İş Yeri Eğitimi Komisyonu Başkanı

Not : İş Yeri Uygulaması Kabul Formu (3) adet düzenlenecek olup, (1) adet nüfus cüzdan fotokopisi eklenecektir. İş Yeri Uygulaması Kabul Formu düzenlenmeyen öğrenci İş Yeri Uygulamasına başlayamaz.