



**EK-1**  
**BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ**  
**İŞLETMEDE UYGULAMALI EĞİTİM BAŞVURU**  
**VE KABUL FORMU**



**İLGİLİ MAKAMA**

Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Ön Lisans ve Lisans Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği gereği İşletmede Uygulamalı eğitimi kuruluşunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

Adı Soyadı :	T.C. Kimlik No :	
Öğrenci No :	Öğretim Yılı :	
E-posta Adresi :	Cep Telefonu :	
Akademik Birim : Gerede Meslek Yüksekokulu		
Bölümü/Programı :		
İkametgah Adresi :		
İşletmede Uygulamalı Eğitim Başlangıç Tarihi 24/02/2025	İşletmede Uygulamalı Eğitim Bitiş Tarihi 30/05/2025	İşletmede Uygulamalı Eğitim Süresi İş Günü:51 gün

**İŞLETMEDE UYGULAMALI EĞİTİM YAPILAN KURUM/KURULUŞ İLE İLGİLİ BİLGİLER**

Kurum/Kuruluş Adı	
Kurum/Kuruluş Adresi	
Faaliyet Alanı (Sektör)	Personel Sayısı
Telefon No	Web Adresi
E- posta	
İşletme IBAN No:	

**İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN**

Adı Soyadı			
Görevi		Öğrencinin İşletmede Uygulamalı Eğitim yapması uygundur.	Mühür/İmza Tarih:
E-posta			
Tarih			
İşveren SGK Tescil No			

Öğrencinin İmzası	Uygulamalı Eğitimler Komisyonu Başkanı Onayı (Danışman)	Bölüm Başkanı Onayı
Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildiririm.		
Adı Soyadı:	Adı Soyadı:	Adı Soyadı:
Tarih :	Tarih:	Tarih:
İmza :	İmza:	İmza:

**Not: 1.** Bu form öğrenci tarafından 2 nüsha (fotoğraflı) olarak düzenlenip, onaylandıktan sonra bir nüshası 12.02.2025 tarihine kadar Gerede Meslek Yüksekokulumuz bölümler sekreterliğine, diğer nüshası da uygulamalı eğitim yapılacak işletmeye verilmesi zorunludur.

**2.** Uygulamalı Eğitim sürecinde doktor raporu alan öğrenci aynı gün içinde raporunu okulumuz (374) 311 32 28 telefonundan (dahili 4170) bölümler sekreterliğine bildirmesi, ayrıca danışman öğretim elemanına bilgi vermesi, doktor raporunun aslını guldemir\_d@ibu.edu.tr e-posta adresine göndermesi zorunludur. Aksi halde SGK cezai işlemler öğrenci tarafından ödenecektir.

**3.** Uygulamalı Eğitimimden vazgeçmem halinde en az 3(üç) iş günü öncesinden bölümler sekreterliğine ilgili danışman öğretim elemanına ve Uygulamalı Eğitimler komisyonuna bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı kanun gereği doğacak cezai yükümlülükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.

**4.** Şubat, Mart, Nisan, Mayıs aylarının son iş gününde öğrenci E-DEVLET sisteminden SGK PROVİZYON (Müstahaklık) belgesini PDF formatında indirerek guldemir\_d@ibu.edu.tr e-posta adresine göndermesi zorunludur. Aksi halde SGK cezai işlemler öğrenci tarafından ödenecektir.

**5.** 5510 sayılı kanun gereği iş kazası ve meslek hastalığı sigortaları Meslek Yüksekokulumuz tarafından yapılacaktır.