



KONYA TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TEKNİK BİLİMLER MESLEK YÜKSEKOKULU
İŞLETMEDE MESLEKİ EĞİTİM (İME) BAŞVURU FORMU

İME YAPACAK ÖĞRENCİ BİLGİLERİ			
Adı Soyadı			
T.C. Kimlik No		Öğrenci No	
Öğretim Yılı	20.....- 20.....	Dönemi	☐ BAHAR / ☐ GÜZ
Telefon No		E-posta	
Bölüm Adı			
Program Adı			
İkametgâh Adresi			
..... / / 20.....		İmza :	

İME YAPILACAK KURUM / KURULUŞ / İŞLETME BİLGİLERİ			
Adı			
Adresi			
Üretim/Hizmet Alanı			
İşletmede çalışan toplam personel sayısı			
Telefon No		Fax. No	
Web Adresi		e-posta	
İME Başlama Tarihi	 / / 20.....	İME Bitiş Tarihi	 / / 20.....

İME EĞİTİCİ PERSONEL BİLGİLERİ	
Adı Soyadı	
Görev ve Unvanı	
Telefon No	
E-posta	

Sorumlu Öğretim Elemanı ☐ Kabul ☐ Red	İmza-Kaşe
---	------------------

ÖNEMLİ NOT: Bu form 2 asıl nüsha olarak hazırlanır ve belirtilen tarihlerde Sorumlu Öğretim Elemanına teslim edilir.



KONYA TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TEKNİK BİLİMLER MESLEK YÜKSEKOKULU
İŞLETMEDE MESLEKİ EĞİTİM (İME) BAŞVURU FORMU

GENEL SAĞLIK SİGORTASI BEYANI VE TAAHHÜDÜ

İşletmede Mesleki Eğitim Öğrencisi olarak 5510 sayılı Kanunun 5/b maddesi uyarınca çalışmak istiyorum.

☐ **(SAĞLIK HİZMETİ ALAN - Meslek Kodu: 22)**

Ailemden anne/babam üzerinden veya kendimin kamu/özel sektörde çalışmamdan dolayı genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti alıyorum**. Bu nedenle işletmede mesleki eğitim süresince genel sağlık sigortası kapsamında olmayı **kabul etmiyorum**.

☐ **(SAĞLIK HİZMETİ ALMAYAN - Meslek Kodu: 43)**

Ailemden anne/babam üzerinden veya kendimin kamu/özel sektörde çalışmamamdan dolayı genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti almıyorum**. Bu nedenle işletmede mesleki eğitim süresince genel sağlık sigortası kapsamında olmayı **kabul ediyorum**.

İşletmede Mesleki Eğitimimi **Sayfa-1** de beyan ettiğim işletmede yapacağımı, bu eğitimim süresince Konya Teknik Üniversitesi Teknik Bilimler Meslek Yüksekokulu (KTÜN-TBMYO) İşletmede Mesleki Eğitim Yönergesi hükümlerine, protokole, sözleşmeye ve işletme çalışma disiplin kurallarına uyacağımı kabul ediyorum.

İşletmede Mesleki Eğitim sürecinde **iş kazası geçirmem ve/veya sağlık (istirahat) raporu almam** hâlinde İME gördüğüm iş yeri **"Eğitici Personeline"** ve KTÜN-TBMYO **"Sorumlu Öğretim Elemanına"** olaydan **en geç bir gün sonra**, E-posta ile derhal bilgi vermeyi kabul ediyorum.

Yukarıda belirttiğim beyanlarımın doğruluğunu, durumumda herhangi bir değişiklik olması halinde değişikliği derhal ilgili taraflara bildireceğimi kabul eder, beyanlarımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak veya **bilgi vermediğim takdirde** iş yeri işverenine veya KTÜN-TBMYO Müdürlüğüne Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından yansıtacak her türlü prim, idari para cezası, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafımda ödeneceğini taahhüt ederim

Adı Soyadı :

T.C. Kimlik No :

Öğrenci No :

Tarih :

İmza :

ÖNEMLİ NOT: Bu form 2 asıl nüsha olarak hazırlanır ve belirtilen tarihlerde Sorumlu Öğretim Elemanına teslim edilir.