

T.C.

EK 1:

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
İLETİŞİM FAKÜLTESİ**
MESLEKİ UYGULAMA FORMU

FOTOĞRAF

İLGİLİ MAKAMA

Yükseköğrenimleri sırasında Mesleki Uygulamaya tâbi tutulan öğrenciler hakkında iş kazası ve meslek hastalığı sigortası uygulanır. 5510 Sayılı yasa gereği Yüksek Öğrenim sırasında Mesleki Uygulamaya tâbi tutulan öğrenciler için İstanbul Medipol Üniversitesi, prim ödeme yükümlüsüdür. Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin mesleki uygulamasını 20 iş günü süreyle kuruluşunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

Adı Soyadı			
Fakülte/ No		Öğretim Yılı	
Bölümü		Telefon No	
Elektronik posta adresi			
İkametgâh Adresi			

Dekanlık

MESLEKİ UYGULAMA YAPILAN YERİN

ADI/ÜNVANI			
ADRESİ			
ÜRETİM/HİZMET ALANI			
TELEFON NO		Faks No	
Elektronik posta Adresi	Web Adresi		
Mesleki Uygulamaya Başlama Tarihi		Bitiş Tarihi	Süresi (gün)

İŞVEREN/YETKİLİNİN

Adı Soyadı			
Görev ve Ünvanı		Kurumumuzda/İşletmemizde Mesleki Uygulama yapması uygundur. İmza/Kaşe	
Elektronik posta Adresi			
Tarih			

ÖĞRENCİNİN NÜFUS KAYIT BİLGİLERİ

Soyadı		Nüf. Kay. Olduğu il	
Adı		İlçe	
Baba Adı		Mahalle-Köy	
Ana Adı		Cilt No:	
Doğum Yeri		Aile Sıra No	
Doğum Tarihi		Sıra No	
T.C. Kimlik No		Verildiği Nüfus Dairesi	
N. Cüzdan Seri no		Veriliş Nedeni	
(Varsa) SSK No		Veriliş Tarihi	
Öğrenci anne ve/veya babasının SOSYAL GÜVENLİĞİNDEN yararlanıyor mu?	<input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR		

Öğrencinin Adres Bilgisi:

ÖĞRENCİNİN İMZASI	MESLEKİ UYGULAMA KOMİSYONU ONAYI	FAKÜLTE ONAYI
Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan eder, Mesleki Uygulama evrakinin hazırlanmasını saygılarımla arz ederim. Tarih :	Tarih :	Sosyal Güvenlik Kurumuna Mesleki Uygulama başlama giriş işlemi yapılmıştır. Tarih :

NOT: Öğrencinin, Mesleki Uygulamaya başlama tarihinden en az 20 gün önce 3 kimlik fotokopisi ve 3 adet vesikalık fotoğraf ile birlikte fakülte mesleki uygulama komisyonuna teslim edilmesi zorunludur. **Teslim edilecek form 3 asıl nüsha olarak (fotokopi değil) hazırlanır.** 5510 sayılı yasa gereğince Mesleki Uygulama başvurusunda bulunan öğrencinin iş kazası ve meslek hastalıkları sigorta primlerinin ödeme yükümlüsü İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörlüğüdür.

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
İLETİŞİM FAKÜLTESİ

EK 2:

**İŞYERİ MESLEKİ UYGULAMA
DEĞERLENDİRME FORMU***

Soyadı, Adı		Bölümü	
Doğum Yılı		Sınıfı	
Doğum Yeri		Fakülte No	

TARİH	Mesleki Uygulamaya Başıldığı	
	Mesleki Uygulamayı Bitirdiği	
GÜNLER	Çalıştığı	
	Çalışmadığı	

Çalıştığı Bölüm	
-----------------	--

	Not **	Açıklamalar
Devam Durumu		
Takım Çalışmasına Yatkınlığı		
İş Zamanında ve Tam Yapma		
Üstleri ile Olan Uyumu		
Personel ile İlişkileri		
Ciddiyet ve Güvenilirlik		
Kuramsal Bilgiyi Uygulama Becerisi		
Genel Değerlendirme		

Çalıştığı Yerdeki Amirin Unvanı, İsim ve İmzası	
Sonuç ve Onay	

* Mesleki Uygulama çalışması bittikten sonra bu değerlendirme formu (işyeri devam çizelgesi ile birlikte) işyeri tarafından kapalı, mühürlü zarf içinde öğrencİYE teslim edilir.

** 100 üzerinden puanlama yapılır: 90-100 (Pekiyi), 75-89 (İyi), 60-74(Orta), 50-59 (Zayıf), 0-49(Başarısız)

EK 3:

GÜNLÜK MESLEKİ UYGULAMA DEVAM ÇİZELGESİ

İŞYERİNİN																												
Adı		Telefonu ve Faksi:										E-Posta Adresi:										Ait Olduğu Ay:		Belgenin Düzenlendiği		Tarih:/..../20..		
ÖĞRENCİNİN			GÜNLER																								Toplam Devamsızlığı	
ADI SOYADI	NO	BÖLÜMÜ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Özürlü	Özürsüz				
İŞYERİ YETKİLİSİ			İNCELENDİ / / 20.. İletişim Fakültesi Bölüm Mesleki Uygulama Koordinatörü Adı Soyadı İmza																		Devamsızlığın Göstereceği Semboller İ: İzinli H: Hasta R: Raporlu D: Özürsüz Devamsız T: Resmi Tatil X: Geldiği gün							
Bu çizelge işyeri tarafından öğrencinin devamsızlıklarını ilgili güne uygun sembolle işaretlenerek düzenlenerek sonra kaşelenip imzalanarak, İşyeri Değerlendirme Formu ile birlikte kapalı zarfa konulmalıdır. (İ), (H), (R) sembollerile gösterilen devamsızlıklar toplamı özürlü devamsızlık sütununa yazılacaktır.																												

EK 4:

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
İLETİŞİM FAKÜLTESİ

MESLEKİ UYGULAMA KOMİSYONU DEĞERLENDİRME FORMU

..... Bölümü

*Toplam puan 65 ve üzeri ise bu sütuna **Başarılı** yazılır 64 ve daha düşük ise **Başarisız** yazılır.

Mesleki Uygulama Komisyonu Başkanı

imza

Mesleki Uygulama Komisyonu Üye

imza

Mesleki Uygulama Komisyonu Üye

İmza

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
İLETİŞİM FAKÜLTESİ

EK 5:

MESLEKİ UYGULAMA TAMAMLAMA
BELGESİ

..... Bölümü

Tarih: / / 20

İlgili makama,

Bölümümüz öğrencisi no'lu'ın aşağıda detayları belirtilen Mesleki Uygulama çalışması Bölümümüz Mesleki Uygulama Komisyonu tarafından incelenmiş ve Mesleki Uygulamasını tamamladığı tespit edilmiştir. Bilgilerinize arz ederim.

Bölümün Mesleki Uygulama Koordinatörü

Bölüm Başkanı

İmza

İmza

Mesleki Uygulama Yeri'nin Adı ve Adresi :

Mesleki Uygulama Yapılan Departman/Birim:

Mesleki Uygulamanın Başlama ve Bitiş Tarihleri :

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
İLETİŞİM FAKÜLTESİ

MESLEKİ UYGULAMA DOSYASI

..... Bölümü

ÖĞRENCİNİN

Adı Soyadı :
Numarası :
Yarıyılı :

MESLEKİ UYGULAMANIN

Başlama Tarihi :
Bitiş Tarihi :

MESLEKİ UYGULAMANIN YAPILDIĞI

Kurumun Adı :
Adresi :
Kurum Yetkilisi :

EK 7.

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
ÖĞRENCİ MESLEKİ UYGULAMA DOSYASI**

Tarih:		Mesleki Uygulamanın Yapıldığı Birim:
İş Günleri	Yapılan İşler	
1. İş Günü		
2. İş Günü		
3. İş Günü		
4. İş Günü		
5. İş Günü		
Birim Yetkilisinin Görüşleri ve Önerileri:		
Birim Yetkilisinin Adı-Soyadı ve Unvanı		Birim Yetkilisinin İmzası

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
ÖĞRENCİ MESLEKİ UYGULAMA DOSYASI

Tarih:		Mesleki Uygulamanın Yapıldığı Birim:
İş Günleri	Yapılan İşler	
6. İş Günü		
7. İş Günü		
8. İş Günü		
9. İş Günü		
10. İş Günü		
Birim Yetkilisinin Görüşleri ve Önerileri:		
Birim Yetkilisinin Adı-Soyadı ve Unvanı		Birim Yetkilisinin İmzası

EK 7.2.

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
ÖĞRENCİ MESLEKİ UYGULAMA DOSyası**

Tarih:		Mesleki Uygulamanın Yapıldığı Birim:
İş Günleri	Yapılan İşler	
11. İş Günü		
12. İş Günü		
13. İş Günü		
14. İş Günü		
15. İş Günü		
Birim Yetkilisinin Görüşleri ve Önerileri:		
Birim Yetkilisinin Adı-Soyadı ve Unvanı		Birim Yetkilisinin İmzası

EK 7.3.

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
ÖĞRENCİ MESLEKİ UYGULAMA DOSYASI**

Tarih:		Mesleki Uygulamanın Yapıldığı Birim:
İş Günleri	Yapılan İşler	
16. İş Günü		
17. İş Günü		
18. İş Günü		
19. İş Günü		
20. İş Günü		
Birim Yetkilisinin Görüşleri ve Önerileri:		
Birim Yetkilisinin Adı-Soyadı ve Unvanı		Birim Yetkilisinin İmzası

EK 8.

.... / / 20...

**İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörlüğü
İletişim Fakültesi Dekanlığına**

..... / / 20..... ve / / 20..... tarihleri arasında meslekî uygulama dersi kapsamında'de yapacağım meslekî uygulama ile ilgili olarak, İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörlüğü İş Sağlığı ve Güvenliği biriminin uygulama öncesi yapacağı iş güvenliği eğitimi'ne katılacağımı; iş güvenliği ve sağlığı eğitimi'ne katılmaksızın mesleki uygulamaya başladığım takdirde, mesleki uygulama esnasında başıma gelecek iş kazaları nedeniyle her türlü sorumluluğun tarafıma ait olduğunu kabul ediyorum.

İmza

Öğrencinin

Adı :

Soyadı :

Bölümü :

Numarası :

Yukarıda adı soyadı ve bölümü yazılı olan öğrenciniz
İstanbul Medipol Üniversitesi İş Sağlığı ve Güvenliği birimince verilen eğitimleri / /
20.....tarihinde tamamlamıştır.

İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi Yetkilisi

Adı soyadı :

İmza :

Mühür

..... / / 20...

EK 9.

**T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ**

İŞLETME VE ÖĞRENCİ BİLGİLERİ TESPİT FORMU*

İşletme tipi : Kamu Özel Vakıf

6764 sayılı K. Devlet katkı payından yararlanmak İSTİYORUM İSTEMİYORUM

İşletmenin Adı :

Adresi :

Telefonu : GSM:

Vergi Numarası :

Vergi Dairesi :

Banka Adı :

Hesap No : IBAN No: TR

SGK'lı çalışan sayısı (Stajyer hariç) :

Stajyer Öğrenci Sayısı :

İşletme Yetkilisi :

İşletmede irtibat kurulacak kişi (ler) :

TC Kimlik No.	Adı soyadı	Görevi	Telefon
.....
.....

İşletmede Mesleki Uygulama gören öğrencilerin

TC Kimlik No	Adı soyadı	Bölümü	Sınıfı
.....
.....
.....
.....
.....

Beyan edilen bilgilerin yanlış olması nedeniyle, ödenecek olan devlet katkısından yersiz olarak yararlandığım takdirde sorumluluğumu ve cezai işlemi kabul ediyorum.

.... / / 20...

İşletme Kaşe ve İmza

* Meslekî uygulamanın yapılacağı işletme tarafından doldurulacaktır.