

EK 1:

T.C.
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.	
Elektronik posta Adresi			
Tarih		İmza/Kaşe	

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? EVET HAYIR

Öğrencinin Adres Bilgisi:		
ÖĞRENCİNİN İMZASI	MESLEKİ UYGULAMA KOMİSYONU ONAYI	FAKÜLTE ONAYI
Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan eder, Mesleki Uygulama evrakının 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 Başladığı	
	Mesleki Uygulamayı Bitirdiği	
GÜNLER	Çalıştığı	
	Çalışmadığı	

Çalıştığı Bölüm	
-----------------	--

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

Çalıştığı Yerdeki Amirin Unvan, 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 öğrenciye teslim edilir.

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

EK 5:

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
İLETİŞİM FAKÜLTESİ

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

İmza

Bölüm Başkanı

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 DOSYASI	
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 eğitimine katılacağımı; iş güvenliği ve sağlığı eğitimine 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.