**İŞLETMEDE MESLEKİ EĞİTİM BEYAN VE TAAHHÜTNAME FORMU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÖĞRENCİ NO** |  | **T.C. NO** |  |
| **ADI SOYADI** |  | | |
| **CEP TELEFONU** |  | | |
| **E-POSTA** | Öğrenci e-postanızı yazınız ve aktif olarak süreçte İME ile ilgili onu kullanınız. | | |
| **IBAN** |  | | |
| **İKAMET ADRESİ** |  | | |
| **İME YILI VE DÖNEMİ** |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **İŞLETME ADI** | Mekatronik Mühendisliği öğrencisinin eğitimine uygun bir işletme seçilmek zorundadır. Seçilen işletmenin uygun görülmediği durumlarda İME iptal edilir. |
| **İŞLETME ADRESİ** |  |
| **İŞLETME WEB ADRESİ** |  |
| **ÖĞRENCİDEN SORUMLU PERSONEL** | Sorumlu personel Mühendis olmalı, Mühendis unvanı olmadığı halde alanında uzman biriyse özgeçmişi kontrol amacıyla IME sorumlusuna e-posta gönderilmelidir. |
| **SORUMLU CEP NO** |  |
| **SORUMLU E-POSTA** |  |

5510 Sayılı Kanun’un 5/b maddesi uyarınca yukarıda belirtilen öğretim yılı ve dönemi ders başlama ve bitiş tarihleri arasında yukarıda ismi geçen işletmede “İşletmede Mesleki Eğitimimi” yapmak istiyorum. Aşağıda işaretlediğim beyanın doğruluğunu, beyan ettiğim durumumda herhangi bir değişiklik olması halinde değişikliği derhal tarafınıza bildireceğimi kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak her türlü prim, idari ceza, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafımca ödeneceğini taahhüt ederim.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Kamu/özel sektörde sigortalı olarak çalıştığım için, genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti alıyorum. Bu nedenle İşletmede Mesleki Eğitimim süresince okul tarafından genel sağlık sigortası ve İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigortası yapılmasını **istemiyorum.** | |
|  | Ailemden (annem/babam) üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti **alıyorum**. Bu nedenle İşletmede Mesleki Eğitimim süresince okul tarafından genel sağlık sigortası yapılması **gerekmemektedir.** Sadece “İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigortası” yapılmasını **istiyorum.** | |
|  | Ailemden (annem/babam) veya kendim genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti **almıyorum**. Bu nedenle hem Genel Sağlık Sigortası hem de İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigortası yapılmasını **istiyorum**. | |
|  | |  |
| **TARİH:** | | **ÖĞRENCİ İMZASI:** |

Not: Kırmızı ile yazılan açıklamaları formu doldururken siliniz.