|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SAKARYA ÜNİVERSİTESİ****FEN FAKÜLTESİ****…………….. BÖLÜMÜ** |  |
| **UYGULAMALI FEN BİLİMLERİ DENEYİMİ EĞİTİMİ (UFDE) KAYIT FORMU** |
|  |
| **ÖĞRENCİNİN** |  |  |
| **Adı ve Soyadı** | **:** |  |
| **Öğrenci Numarası** | **:** |  |
| **T.C. Kimlik Numarası** | **:** |  |
| **Telefon (Cep/Ev)** | **:** |  |
| **Bölümü** | **:** |  |
| **Başlama Tarihi** | **:** | 17.02.2025 (Bahar yarıyılı öğretim başlangıç tarihi)  |
| **Bitiş Tarihi** | **:**  | 01.06.2025 (Bahar yarıyılı bitiş tarihi) |
| **Uygulama Süresi** | **:** | 14 Hafta |
| – İşletmede Mesleki Eğitim dersinin uygulamasını aşağıda belirtilen işletmede yapacağımı,– İşletmede Mesleki Eğitim dersinin uygulaması süresince işyeri ile yapılmış olan protokole, Uygulamalı Fen Bilimleri Deneyimi Eğitimi (UFDE) Yönergesine, iş yeri disiplin ve çalışma kurallarına uyacağımı,– İşletmede Mesleki Eğitim dersinin uygulama süresi içerisinde alınan rapor, istirahat vb. belgelerin aslını aynı ay içerisinde ilgili eğitim birimine bildireceğimi **beyan ve taahhüt ediyorum.**– Ailemden, kendimden, annem / babam üzerinden, genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti ;**  **alıyorum almıyorum.** ……/……/ …… Öğrencinin İmzası |
| **İŞYERİNİN** |
| **Kurum/İşletme Adı** | **:** |
| **İşyeri Yetkilisi (Ad-Soyad)** | **:** |
| **Adresi** | **:** |
| **Telefon Numarası** | **:** |
| **e-Posta Adresi** | **:** |
| **Faaliyet Alanı (Sektör)** | **:** |
| Yukarıda Adı soyadı ve T.C. Kimlik Numarası yazılı öğrencinin yukarıda belirtilen tarihlerde iş yerimizde **İşletmede Mesleki Eğitim** dersiuygulamasınıyapması uygun görülmüştür. Onay İşletme |
| Yukarıda kimliği verilen Fakültemiz öğrencisinin belirtilen süre içerisinde İşyeri Uygulamasını Sakarya Üniversitesi Fen Fakültesi **Uygulamalı Fen Bilimleri Deneyimi Eğitimi (UFDE) Yönergesi** kapsamında yapması zorunludur. Uygulama süresince, öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Üniversitemiz tarafından yapılacaktır.  Onay Dekanlık |
| **UYGUNDUR**.….. **/** ….. **/** …….**………………… Bölümü UFDE Takip Komisyonu Başkanı**…………………………………………….. |
| **Not :** Bu form (3) adet düzenlenecek olup, (1) adet T.C. Kimlik Kartı fotokopisi eklenecektir.  |