|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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. | | | | | |