**T.C.**

**KARABÜK ÜNİVERSİTESİ**

**SAFRANBOLU ŞEFİK YILMAZ DİZDAR MESLEK YÜKSEKOKULU**

**ÇOCUK BAKIMI VE GENÇLİK HİZMETLERİ BÖLÜMÜ**

**ÇOCUK GELİŞİMİ PROGRAMI UYGULAMA DERSİ BAŞVURU FORMU**

**Sayı** : E-20412789-304.03-398919

**Konu** : Okul Öncesi Eğitim Kurumlarında

Uygulama Dersi Hakkında 26.12.2024

**İLGİLİ MAKAMA**

Meslek Yüksekokulumuz Çocuk Gelişimi Programı öğrencileriOkul Öncesi Eğitim Kurumlarında Uygulama Dersi kapsamında 12 (on iki) hafta, haftada 5 ders saati uygulama yapmakla yükümlüdür. Uygulama yapan öğrencilerimizin sigorta primi Üniversitemiz tarafından yatırılacaktır. Kurumunuzda uygulama yapması uygun görüldüğü takdirde aşağıdaki "işyeri onayı" kısmının doldurularak kurumumuza gönderilmesi hususunda; Gereğini arz/rica ederim.

Dr. Öğr.Üyesi Fatma ERTEN

**İŞYERİ ONAYI** Müdür

E-İmzalıdır

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **İşyeri** | Adı |  | | | |
| Adresi |  | | | |
| Faaliyet Alanı |  | Çalışan Personel Sayısı |  | |
| Telefon No |  | Faks No |  | |
| Web Adresi |  | | | |
| **Uygulama** | Başlama Tarihi |  | Bitiş Tarihi | |  |
| Uygulama Süresi | 12 (on iki) hafta, haftada 5 (beş) ders. | | | |

# Uygulama Yapılan İşyerindeki Staj Amirinin

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adı Soyadı |  | İşyeri Onayı İmza Kaşe/Mühür |
| Görev ve Unvanı |  |
| E-mail |  |
| Tarih |  |

**ÖĞRENCİ BİLGİLERİ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| T.C. Kimlik Numarası |  | Öğrenci Numarası |  |
| Bölümü/ Programı |  | | |
| Adresi |  | | |
| Posta Kodu |  | İlçe / İl |  |
| Ev Telefonu |  | Cep Telefonu |  |

# Öğrencinin Genel Sağlık Sigortası Beyan ve Taahhüdü

Kendim sigortalı çalışıyorum / ailemden, annem - babam üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti alıyorum.** Bu nedenle Staj süresince genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul etmiyorum.

Herhangi bir şekilde genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti almıyorum.** Bu nedenle Staj süresince genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul ediyorum.

# SAFRANBOLU ŞEFİK YILMAZ DİZDAR MYO BÖLÜM STAJ/UYGULAMA KOMİSYONU BAŞKANLIĞINA

Uygulama dersimi yukarıda bilgileri verilen kurumda / işyerinde yapacağım. Yukarıda işaretlediğim genel sağlık sigortası beyanımın 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 para cezası, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafımca ödeneceğini taahhüt ederim. Ayrıca uygulama süresince Karabük Üniversitesi Meslek Yüksekokulları Staj Yönergesine, iş yeri disiplin ve çalışma kurallarına uyacağımı beyan ve taahhüt ederim.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ….. / ….. / 202 ….. | **Öğrencinin Adı Soyadı : ………………………………………………** | **İmza :** |

**STAJ / UYGULAMA KOMİSYONU ONAYI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Öğrencinin uygulama dersini adı geçen işyeri/kurumda yapması | Uygundur.    Uygun değildir. | **Ad Soyad**  **İmza**  Program Sorumlusu/Dersin Öğretim Elemanı  ….. / ….. / 202... |

**AÇIKLAMA: BU FORM DOLDURULUP TÜM ONAYLAR TAMAMLANDIKTAN SONRA KİMLİK FOTOKOPİİSİİİ İLE YÜKSEKOKUL ÖĞRENCİ İİŞLERİİ BİİRİMİNE TESLİM EDİLECEKTİR..**

**Belge Doğrulama Adresi:** [**https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=4043&eD=BSM8U29CPJ&eS=398919**](https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=4043&eD=BSM8U29CPJ&eS=398919) **Tel: (370) 418 83 18 e-posta:** [**smyo@karabuk.edu.tr**](mailto:smyo@karabuk.edu.tr)