**FORM 4**

**TEKNOLOJİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI’NA**

Bölümümüz eğitim-öğretim programında yer alan ve aşağıdaki tabloda bilgileri verilen ***AEM 4010 – İş Yeri Eğitimi’ni***  …/…../20...-……/….../20... tarihleri arasında belirtilen firmada yapmak için gerekli işlemlerim tamamlanmıştır.

Bu bağlamda, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu uyarınca iş kazası sigorta primi ödemesi yasal zorunluluk nedeni ile Fakültemiz tarafından ödenecek olup, ***“………………………………………”*** dersi döneminde maruz kalacağım iş kazaları ile ilgili İş Yeri Eğitimi Yeri/Fakülteniz/SGK arasında mevcut sisteme göre düzenleyici bir hüküm bulunmamaktadır.

Bu nedenle, iş kazası olması durumunda kaza anından itibaren ***36 saat içinde*** Dekanlığınızı bilgilendireceğimi kabul ve taahhüt ettiğimi beyan ederim.

İş kazası olması ve bu durumun ***belirtilen sürede (36 saat) tarafınıza bildirilmemesi*** halinde ortaya çıkacak her türlü maddi yükümlülüğün tarafımdan karşılanacağı hususunda gereğini arz ederim. …/…../20…

İMZA

**(Öğrenci ve İşyeri Bilgileri)**

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| TC. No |  |
| Öğrenci No |  |
| Bölümü |  |
| Dersin Adı |  |
| İletişim (Cep Tel No) |  |
| Firma/Kurum Adı |  |
| Firma/Kurum Adresi |  |