T.C.

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

**MESLEKİ UYGULAMA PROGRAMI (MUP) BAŞVURU KABUL FORMU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı |  | | | |
| Kayıtlı Olduğu Bölüm |  | | | |
| Öğrenci No |  | | T.C. Kimlik No |  |
| E-posta Adresi |  | | Cep Tel. No |  |
| MUP Eğitim-Öğretim Yılı | 20………… - 20………… / Bahar Yarıyılı (8. Yarıyıl) | | | |
| MUP Başlangıç Tarihi | ......./......./20...... | | MUP Bitiş Tarihi | ......./......./20...... |
| MUP Çalışma Günleri | Pazartesi, Salı, Çarşamba, Perşembe, Cuma (Hafta sonu ve resmî tatiller, bayramlar hariç). | | | |
| “**MESLEKİ UYGULAMA PROGRAMI (MUP)**” kapsamındaki uygulamaları aşağıda bilgileri verilmekte olan işletmede  yapmak istiyorum.  Başvurumun kabulü için bilgilerini ve gereğini saygılarımla arz ederim. …...../ ..…../ 20…..…   |  | | --- | | EKLER: 1- Transkript (………Sayfa-aslı) | | 2- MUP Protokolü (2 sayfa-aslı) | | 3- MUP Sözleşmesi (1 adet-aslı) | | 4- SGK SPAS Müstehaklık Sorgulama Belgesi (1 adet/e-Devlet çıktısı) Öğrenci İmzası | | 5- TC Kimlik Kartı (1 adet-fotokopi) |   6- ………………………………….………………….. (…….. sayfa) | | | | |
| Yukarıda açık kimliği verilen ve MUP’a kabul edilen Mühendislik Fakültesi öğrencisinin, belirlenen tarihler arasında işletmede bulunması zorunludur. İşletmenizdeki “Eğitici Personel” tarafından denetlenecek öğrenci için belirlenen MUP süresi sonunda, imzaladığınız/onayladığınız değerlendirme formunu, kapalı zarf içerisinde vermenizi/göndermenizi rica eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz. | | | | |
| **GANO:** ………… **( >=3 ) 7. Yarıyıl dâhil başarısız dersi yoktur Başka Programdan/Üniversiteden ders almıyor** | | | | |
| …...../ ……../ 20…….. | | …...../ ……../ 20…….. | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
| Kaşe-Ünvan Ad SOYAD-İmza | | Kaşe-Ünvan Ad SOYAD-Mühür-İmza | | |
| **MUP Danışmanı (Bölüm)** | | **Fakülte MUP Koordinatörü (Dek. Yrd.)** | | |
| **İŞLETMENİN MUP KABUL BEYANI: Yukarıda adı yazılı öğrenciyi “Fakülte Dekanlığıyla imzalanan Protokol ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Mesleki Uygulama Programı (MUP) İlkelerine” göre kabul etmekteyiz.** | | | | |
| İşletme Adı |  | | | |
| İşletme Adresi |  | | | |
| Üretim-Hizmet Konusu |  | | | |
| Personel-Lab./Atölye Özellikleri |  | | | |
| İşletmenin Telefon No |  | | | |
| İşletmenin Web Adresi |  | | | |
| Yetkilinin Adı-Soyadı |  | | Cep Tel No: |  |
| Görev /Ünvan |  | | E-posta Adresi |  |
| İmza/Kaşe/Tarih |  | | | |

NOT: Bu form üç (3) nüsha doldurulacak, sözleşme, değerlendirme formu, sigorta girişi başvuru belgeleri ve transkript

forma eklenecektir. Bir nüsha Fakülte Koordinatörlüğüne, bir nüsha İşletmeye verilecek ve bir nüsha da öğrencide kalacaktır.