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 işletmedeyapmak 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.