



T.C.  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
BECERİ EĞİTİMİ FORMU

Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimiz yapmakla yükümlü olduğu Beceri Eğitimini Kurumunuzda yapmak istemektedir.5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 87. Maddesinin e bendi hükümleri uyarınca öğrencimizin zorunlu Beceri Eğitimi dönemine ilişkin 20 (yirmi) iş gününü kapsayan “İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigorta Primi” Üniversitemiz tarafından Sosyal Güvenlik Kurumuna ödenecektir.

### ÖĞRENCİNİN

Adı Soyadı			
Öğrenci Program/No		Öğretim Yılı	2022-2023
E-Posta Adresi		Telefon No	
İkametgah Adresi			
Öğrencinin İmzası Tarih: ..... /..... /2023	Beceri Eğitimi Komisyonunun İmza ve Kaşesi Tarih: ..... /..... /2023		

### BECERİ EĞİTİMİ YAPILAN YERİN

Adı		
Adresi		
Faaliyet alanı		
Telefon Numarası		E-Posta Adresi
Başlama Tarihi Tarih: ..... /..... /2023		Bitiş Tarihi: Tarih: ..... /..... /2023
Beceri Eğitimi Süresi	20 (Yirmi) İş Günü	Haftalık Beceri Eğitimi yapılacak Gün Sayısı : .....(.....)
Yetkilinin Adı Soyadı		Tarih: ..... /..... /2023 İmza ve Kaşe
Görev ve Ünvanı		
E-Posta Adresi		
Telefon Numarası		

**ÖNEMLİ NOT: 5510 Sayılı Kanun gereği Beceri Eğitimine başlama ve bitiş tarihi ile haftalık yapılacak Beceri Eğitimi günü işveren tarafından doldurulacak, işverenin beyanı esas alınacaktır. Beyan eksikliğinden kaynaklanan sorunlardan öğrenci ve işveren sorumlu olup, Üniversitemizin sorumluluğu bulunmamaktadır.**