|  |  |
| --- | --- |
|  | **KASTAMONU ÜNİVERSİTESİ****MÜHENDİSLİK VE MİMARLIK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA** |

…../…../20...

Aşağıda bilgileri verilen işletmeden kabul alarak yaptığım/yapacağım “İşletmede Mesleki Eğitim’im süresince sosyal güvenlik işlemlerimin (ilgili ülkenin kanun ve mevzuatlarına bağlı kalmak koşulu ile) kişisel sorumluluğumda olduğunu beyan ederim.

Bilgilerinize arz ederim.

 Öğrenci Adı Soyadı

İmza

|  |
| --- |
| **İşletmeye Ait Bilgiler** |
| İşletme Adı | : |
| İşletme Telefon | : |
| İşletme Adresi | :  |