

KİŞİSEL BİLGİLER

| | | |
|--|--|--------|
| Adı Soyadı : | Doğum Tarihi : | |
| T.C. Kimlik No : | Telefon Numarası : | |
| Eğitim Durumu : | E-Posta : | |
| Iban No : | Çalışma Durumu : | |
| Adres : | Fatura Bilgileri <input type="checkbox"/> Bireysel <input type="checkbox"/> Ticari | |
| Başvuru Yapılan Sınav Hakkında Eğitim Aldınız mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır | | |
| Eğitim Alınan Kurum/Kişi | Tarih | Süresi |
| |/...../20.... | |

SINAV BİLGİLERİ

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> İlk Başvuru | <input type="checkbox"/> Tekrar Sınavı | <input type="checkbox"/> Yeniden Belgelendirme | <input type="checkbox"/> Birim Birleştirme | <input type="checkbox"/> Yatay/Dikey Geçiş |
| Ulusal Yeterlilik Birimi | | Sınav Türü | Zorunluluk | |
| 11UY0036-2/A1 İş Sağlığı ve Güvenliği ile Çevresel Önlemler | | <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> P1 <input type="checkbox"/> | Zorunlu | |
| 11UY0036-2/A2 Kalite Yönetim Sistemi | | <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> P1 Hepsi | Zorunlu | |
| 11UY0036-2/A3 Makine Hazırlık, Takip, Kontrol ve Boşaltma İşlemleri | | <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> P1 | Zorunlu | |
| Mesleki Yeterlilik Belgesi Almaya hak kazanmanız halinde sınav ücretinin 4447 sayılı İşsizlik Sigortası Kanunu kapsamında geri ödenmesini istiyor musunuz? | | | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır | |

BAŞVURU ŞARTLARI

Sınavın çalıştığım şantiyede/fabrikada yapılmasını istiyorum. Çalıştığım şantiyede/fabrikada uygun şartlar ilgili sınav hakkımı kullanmış olacağımı kabul ve taahhüt ediyorum.

- Başvuru sahibi olarak, bu formda verdiğim bilgilerin doğruluğunu beyan ederim.
- Kişisel bilgilerimin Mesleki Yeterlilik Kurumu'na aktarılmasını, sınavlarda görüntülü ve sesli kayıt alınmasını onaylıyorum.
- Sınavlarda hile ve kopya çekmeyeceğimi onaylıyorum.
- İNÜSEM'e ait belgelendirme prosedürlerine, belgelendirme şartlarına, sınav kurallarına ve iş güvenliği kurallarına uyacağım.
- Sınavlar ve değerlendirmeler için gerekli her türlü bilgiyi sağlayacağımı onaylıyorum.
- Sınav ve belgelendirme süreçleri ile ilgili İNÜSEM tarafından SMS gönderilmesini onaylıyorum.
- Belgelendirme ile ilgili tüm itirazlarımda İNÜSEM tarafından belirlenen itiraz sorumlusunun nihai karar merci olduğunu
- Alacağım belgenin sahibinin İNÜSEM olduğunu İNÜSEM tarafından istenen tüm sınav ve belge ücretlerini ödeyeceğimi,
- İşsizlik Sigortası Fonundan yararlandığım takdirde ilk başvurumdan itibaren en erken 4 ay ve en geç 12 ay sonra üçüncü sınavıma girebileceğimi ve (Başvuru Ücretini yatırdıktan sonra sınava girmekten vazgeçen adaya sınav ücretinin %75 i iade edilir ancak sınav saati sınava gelmeyen veya sınava girip başarılı veya başarısız olan veya sınav gününden en geç 2 gün öncesine kadar sınava katılmayacağını bildirmeyen adaya hiçbir surette ücret iadesi yapılmaz şeklinde ifade edilen)“Başvuru yapan adayın Sınav Ücreti İade Kurallarını onayladığımı kabul ve taahhüt ederim.

Aday tarafından talep edilen ;

Tercüman Yazı Yardımı Okuma Yardımı Sandalye

Diğer

Tarih :/...../20...

Adı Soyadı :

İmza :

Aşağıdaki bölüm başvuruyu alan İNÜSEM personeli tarafından doldurulacaktır.

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Başvuru Ücreti Makbuz/Dekontu | <input type="checkbox"/> Engelli Adaylar İçin Sağlık Raporu | <input type="checkbox"/> Nüfus Cüzdanı Fotokopisi |
| ONAY | | |
| <input type="checkbox"/> Kabul | Açıklama : | YETKİLİ PERSONEL |
| <input type="checkbox"/> Red | | Adı Soyadı : |
| | | Tarih :/...../20... İmza : |