# İMMİB ERKAN AVCI MTAL MÜDÜRLÜĞÜ İŞLETMELERDE BECERİ EĞİTİMİ İŞLETME BİLGİ FORMU

**İşyerinin Adı ve Ünvanı** : ………………………………………………………………………………………………………………….

Merkez Şube

|  |
| --- |
|  |

# Çalışan Personel Sayısı (Stajerler Hariç) :

*(Çalışan Personel Sayısı 20’den az ise son ayın Sigortalı Hizmet Listesinin nüshasını teslim ediniz.)*

**Yasal Durumu** Kamu : Özel :

**SGK Sicil Numarası :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**NOT1: İŞLETME ŞAHIS İSE TC KİMLİK NO VE KİŞİYE AİT İBAN NO YAZILACAK NOT2: İŞLETME ŞİRKET İSE VERGİ NO VE İŞLETMEYE AİT İBAN NO YAZILACAK**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

 **TC Kimlik No : Vergi No :**



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  T | R  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

**İşyeri Banka İBAN Numarası :**

# İşyeri Adresi :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… **Telefon Numarası :** ……………………………………. **e-mail Adresi :** …………………………………………............................. **İrtibat Kurulacak Kişiler :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| TC Kimlik No | Adı | Soyadı | Görevi | Telefon No |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

#  İşletmede Meslek Eğitimi Gören Öğrencilerin:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TC Kimlik No** |  **Adı** |  **Soyadı** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

AÇIKLAMA: 6764 Sayılı Kanun gereği Mesleki Eğitim görülen işletmede 20’den az personel çalışıyor ise ödenebilecek

en az asgari ücretin %30’nun üçte ikisi, 20 ve üzeri personel çalışıyor ise ödenebilecek en az üçte biri Devlet Katkısı

olarak işverene ödenecektir.

İşletmeler Devlet Katkısı tutarını ve işletme payına düşen tutarı her ayın **5.** gününe kadar öğrencinin

banka hesabına ödemekle ve dekontu okul müdürlüğüne göndermekle sorumludur. Devlet Katkısı her ayın 25. Günü

 **( dekont ibraz eden )** işletmelere ödenir.

* ***Beyan edilen bilgilerin yanlış olması nedeni ile ödenecek olan Devlet Katkısından yersiz olarak yararlandığım***

***takdirde cezai işlem ve sorumluluğumu kabul ediyorum. ……../……../202…***

***İşyeri Kaşe ve İmza Koordinatör Öğretmen Adı Soyadı İmza***