**BÜNYESİNDE İŞLETMELERDE BECERİ EĞİTİMİ İŞLETME BİLGİ FORMU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | İŞLETMEDEKİ ÖĞRENCİLERİN | | TC Kimlik No: Adı Soyadı  1-………………………………. ……………………………………….  2-………………………………. ………………………………………  3-………………………………. ……………………………………..  4-………………………………. ……………………………………..  5-………………………………. ……………………………………..  6-………………………………. ……………………………………..  7-………………………………. …………………………………….. | |
|  |  | | 8-………………………………. …………………………………….. | |
|  | İŞLETMENİN ADI/ÜNVANI | |  | |
|  | İŞLETMENİN ADRESİ | |  | |
|  | İŞLETME SAHİBİNİN ADI SOYADI | |  | |
|  | İŞLETME SAHİBİNİN TC ‘si | |  | |
|  | İŞLETMENİN TELEFON NO-  İŞLETME SAHİBİNİN TELEFON NO | |  | |
|  | İŞLETMENİN e-Mail ADRESİ  İŞLETME SAHİBİNİN e-Mail ADRESİ | |  | |
|  | İŞLETMENİN ÜRETİM/HİZMET ALANI | |  | |
|  | İŞLETMENİN VERGİ DAİRESİ | |  | |
|  | İŞLETMENİN VERGİ NUMARASI | |  | |
|  | İŞLETMENİN SİGORTA SİCİL NO  (Güncel olduğunu kontrol ediniz) | |  | |
|  | ÇALIŞAN PERSONEL SAYISI ( SGK KAYITLI ) | |  | |
|  | İŞLETMENİN BANKA  HESABI | HESAPTAKİ NET İSİM(küçük-büyük harf ve boşluk duyarlıdır.) | BANKA ADI | İBAN NO |
|  |  | TR |

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 10. gününe kadar öğrencinin banka hesabına ödemekle sorumludur. Devlet Katkısı her ayın 25. günü işletmelere ödenir.

• *Beyan edilen bilgilerin yanlış olması nedeni ile ödenecek olan Devlet Katkısından yersiz olarak yararlandığım takdirde cezai işlem ve sorumluluğumu kabul ediyorum.*

***……../……../2022  
 İşyeri yetkilisi Koordinatör Öğretmen Adı Soyadı*Adı Soyadı Kaşe İmza imza**