

## ANEXO - 1

**REPÚBLICA DE TURQUÍA  
UNIVERSIDAD DE ESTAMBUL  
FORMULARIO DE PRÁCTICAS OBLIGATORIAS**

FOTOGRAFÍA  
y  
SELLO

A la institución que corresponda:

Los estudiantes de nuestra Facultad tienen la obligación de realizar prácticas en organizaciones y empresas antes de la finalización de su periodo de educación. Nuestra institución realizará las notificaciones pertinentes e informará del comienzo y finalización del seguro de acuerdo con la Ley de la Seguridad Social n° 5510 de los estudiantes de nuestra facultad matriculados en estudios que requieran la realización prácticas obligatorias. La Universidad de Estambul, Facultad de \_\_\_\_\_, en nombre de nuestro alumno, cuyos datos figuran más abajo, le agradece su permiso y el interés mostrado para la realización de sus prácticas en su institución y le desea éxito en su desarrollo.

**DATOS DEL ALUMNO**

Nobre - Apellido			
N° de Estudiante		Departamento	
Año de Educación / Formación		N° de Teléfono	
N° de Identificación de la Rep. de Turquía		Lugar de Nacimiento	
Nombre del Padre		Fecha de Nacimiento	
Nombre de la Madre		Dirección e-mail	
Dirección de Residencia			

**DATOS DE EMPLEADOR O RESPONSABLE AUTORIZADO**

Nombre - Apellido			
Función y Cargo		Firma / Sello	
Dirección e-mail			
Fecha			

<p>Fecha:</p> <p>Informo de que los datos que figuran en el presente documento son correctos, que si por cualquier razón tuviera que finalizar o cambiar la fecha de comienzo o finalización de mis prácticas informaré con un periodo previo de 5 (cinco) días laborables como mínimo, de lo contrario acepto todas las responsabilidades administrativas y legales que pudieran generarse.</p> <p>En caso de yo no cumplir con estas normas, acepto la responsabilidad de cualquier acto que se imputara a la universidad. Solicito que se preparen los documentos necesarios para la realización de mis prácticas con la institución cuyo nombre figura más arriba y con quien me he comprometido.</p> <p>Nombre - Apellido y Firma del alumno</p>	<p>Fecha:</p> <p>Nombre - Apellido / Cargo Firma del Presidente de la Comisión de Prácticas</p>	<p>Fecha:</p> <p>Firma / Sello del/la Secretario/a de la Facultad</p>	<p>Fecha:</p> <p>El comienzo de las prácticas ha sido dado de alta en la Seguridad Social.</p> <p>Nombre - Apellido y Firma del funcionario encargado del alta en la Seguridad Social</p>
---	---	---	---

**Nota Importante:** El departamento ha de entregar a la **Secretaría del Departamento** tanto los documentos necesarios a entregar a la Comisión de Prácticas como el formulario de **Prácticas Obligatorias (2 originales) 30 días antes** de comenzar las prácticas.



UNIVERSIDAD DE  
ESTAMBUL  
FACULTAD DE

.....

Logo de la Facultad

**UNIVERSIDAD DE ESTAMBUL**

**FACULTAD DE .....**

**CUADERNO DE PRÁCTICAS**

### ALUMNO QUE REALIZA LAS PRÁCTICAS

Nombre		Apellido	
Nº de Estudiante		Departamento	
Año de Educación / Formación		Nº de Teléfono	
		Dirección e-mail	
Dirección de Residencia			

### FECHA Y CENTRO DE REALIZACIÓN DE PRÁCTICAS

Nombre					
Dirección					
Campo de Producción/ Servicio					
Nº de Teléfono		Nº de Fax			
Dirección e-mail		Página Web	www.		
Fecha de comienzo de prácticas	.../.../.....	Fecha de finalización	.../.../.....	Duración (días)	
Tipo de Prácticas (si aplica)					

# **CUESTIONES IMPORTANTES A TENER EN CUENTA RELACIONADAS CON EL USO DEL CUADERNO DE PRÁCTICAS**

## **1. Explicaciones relacionadas con el trabajo a realizar**

Se ha de especificar el título en cada página

Se ha de proporcionar información resumida sobre el trabajo

El trabajo realizado se redactará a modo de informe técnico. Todas las páginas del cuaderno de prácticas han de ser firmadas tanto por el becario como por el responsable del centro de trabajo.

## **2. Explicaciones relaciones con la aceptación del cuaderno de prácticas**

Las tablas de prácticas y de centro de trabajo de la primera y última página del cuaderno han de ser selladas de manera oficial por el centro de trabajo en el que se realicen las prácticas. El responsable deberá rellenar y firmar los campos requeridos a este efecto.

Los documentos han de ser enviados certificados (cargo, correo certificado, etc.) a la dirección facilitada o entregados al estudiante becario en un sobre cerrado, firmado y sellado.

**Dirección :** Decanato de la Facultad de ..... de la Universidad de Estambul ..... Estambul

**Teléfono:** (212) .....      **Fax:** (212) .....



**REPÚBLICA DE TURQUÍA**  
**UNIVERSIDAD DE ESTAMBUL**  
**FACULTAD DE .....**

**FICHA DE REGISTRO DE PRÁCTICAS**

Nombre - Apellido		Departamento	
Nº de Estudiante		Año de Educación / Formación	
Fecha	Comienzo de Prácticas		Tipo de Prácticas  Oficina  <input type="checkbox"/>  Administración/ Fabrica / Terreno, etc.  <input type="checkbox"/>
	Finalización de Prácticas		
Nº de Días	Trabajados		
	No trabajados		
Campos trabajados			

Criterios de evaluación	Valoración
Cumplimiento de las horas de trabajo diario	
Trabajo y esfuerzo	
Productividad / Realización del trabajo completo y en el tiempo estimado	
Comportamiento y actitud con los supervisores	
Comportamiento y actitud con los compañeros	
Habilidades comunicativas	
Cumplimiento de seguridad y salud en el trabajo	
<b>Nota media*</b>	
<b>Nota</b> (0 puntos siendo la peor nota - 100 puntos siendo la mejor nota)	APTO <input type="checkbox"/> (60 puntos o más)
	NO APTO <input type="checkbox"/> (menos de 60 puntos)

\* Se calcula la media aritmética de los criterios de evaluación. "APTO" se consideran 60 puntos o más.

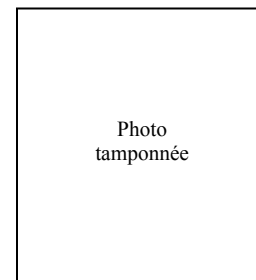
Supervisor del trabajo	Aprobación de la Facultad
Nombre - Apellido:	
Firma: <span style="float: right;">Sello</span>	

Los documentos han de ser enviados certificados (cargo, correo certificado, etc.) a la dirección facilitada o entregados al estudiante becario en un sobre cerrado, firmado y sellado. El departamento ha de remitir la ficha de registro junto con el cuaderno de prácticas en un **sobre cerrado y sellado** a la Comisión de Prácticas.

**Dirección :** Decanato de la Facultad de ..... de la Universidad de Estambul ..... Estambul

**Teléfono:** (212) ..... **Fax:** (212) .....

# ANNEXE-1



## UNIVERSITÉ D'ISTANBUL- TURQUIE FORMULAIRE DE STAGE OBLIGATOIRE

Aux principaux concernés,

Les étudiants de notre faculté ont l'obligation d'effectuer un stage au sein des entreprises et institutions jusqu'à la fin de la période de leur formation. Conformément à la Loi numéro 5510 sur l'assurance sociale et l'assurance maladie générale numéro 5510, notre établissement remplira les obligations de début, de fin et de notification des étudiants inscrits à notre faculté soumis à un stage obligatoire. Nous vous remercions au nom de la Faculté ..... de l'U.İ de l'intérêt et la confiance que vous porterez à l'étudiant et dont vous trouverez les informations au dessous.

### INFORMATIONS CONCERNANT L'ÉTUDIANT

Prénoms-Nom			
Numéro d'étudiant		Département	
Année académique		Numéro de téléphone	
No de passeport / identité		Lieu de naissance	
Nom du père		Date de naissance	
Nom de la mère		e-mail	
Adresse de résidence			

### INFORMATIONS CONCERNANT LE LIEU DE STAGE

Nom					
Adresse					
Domaine de production/ de service					
Numéro de téléphone		Fax			
e-mail		Adresse web			
Date de début de stage		Date de fin		Durée (jour)	
Type de stage (le cas échéant)					

### INFORMATIONS CONCERNANT L'EMPLOYEUR OU LE RESPONSABLE

Prénoms-Nom			
Poste et titre		Signature / Tampon/ Cachet	
e-mail			
Date			

<p>Date:</p> <p>Je certifie que les informations sur le document sont exactes, que j'informerai à mon/mes responsable(s) au moins sous 5 (cinq) jours ouvrables au cas où je mettrais fin à mon stage pour quelque raison que ce soit ou changerais les dates de début et de fin de mon stage. Dans le cas où je dérogerais à mes obligations précédemment citées, je m'engage à endosser toutes les responsabilités légales et administratives qui en découleraient. Je m'engage à endosser personnellement et en mon nom toute action judiciaire ou recours en justice et j'exempte de toute responsabilité l'I.U si je déroge à mes obligations. Je demande à ce que les documents du stage en question que je m'engage à entreprendre soient préparés.</p> <p style="text-align: center;">Prénoms-Nom de l'étudiant/ Signature</p>	<p>Date:</p> <p style="text-align: center;">Chef de la commission de stage Prénoms-Nom/ Titre / Signature</p>	<p>Date:</p> <p style="text-align: center;">Secrétaire du Département Signature / Cachet</p>	<p>Date:</p> <p style="text-align: center;">L'entrée au début du stage a été effectuée par l'Institution de Sécurité Sociale.</p> <p style="text-align: center;">Officier en charge de l'assurance effectuant l'enregistrement Prénoms- Nom/ Signature</p>
--	---	--	--

**Remarque importante : Le Formulaire de Stage Obligatoire (2 originaux) (Annexe-I) doit être remis au Secrétariat du Département 30 jours avant le stage, avec les documents à soumettre à la Commission de Stage de la Section.**





UNIVERSITÉ D'ISTANBUL  
FACULTÉ DE/D' .....

---

CAHIER DE STAGE

UNIVERSITÉ D'İSTANBUL  
FACULTÉ DE/D' .....

**Stage effectué par**

Prénoms		Nom	
Numéro d'étudiant		Département	
Année académique		Numéro de téléphone	
		e-mail	
Adresse de résidence			

**Lieu de Stage et Date de Stage**

Nom de l'entreprise					
Adresse					
Secteur d'activité					
Numéro de téléphone		Numéro de fax			
e-mail		Adresse web	www.		
Date de début de stage	..../..../....	Date de fin	..../..../....	Durée (en jour)	
Type de stage (le cas échéant)					

## CONSIDÉRATIONS RELATIVES À L'UTILISATION DU CAHIER DE STAGE

---

**i. Explications concernant le travail effectué:**

La partie « titre » de chaque page doit être remplie.

Des informations sommaires concernant le sujet de travail seront données.

Le travail effectué devrait être rédigé sous forme de rapport technique ; chaque page du cahier de stage sera signée par le stagiaire et la personne référente.

**ii. Explications sur la réception du cahier de stage:**

Le tableau de stage qui se trouve à la première et à la dernière page du cahier et les tableaux du lieu de travail seront scellés ou cachetés avec le cachet officiel de l'entreprise. Les champs associés seront remplis et signés par la personne référente.

Les documents seront envoyés à l'adresse indiquée en colis suivi (cargo, courrier postal recommandé, etc.) ou ceux-ci seront remis à l'étudiant stagiaire, en main propre, dans une enveloppe fermée, signée, cachetée ou scellée.

**Adresse:** Université d'Istanbul, Faculté de/d' .....-Istanbul

**Téléphone:** (212) ..... **Fax:** (212) .....

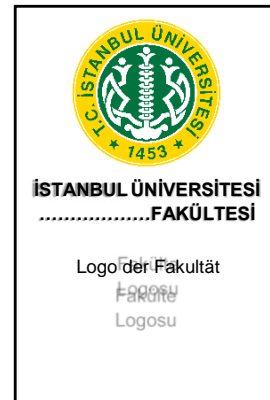
Département où l'on effectue le travail:

Date de travail:

Travail effectué:

Durée du travail effectué	Signature du stagiaire	Signature de la personne référente





# UNIVERSITÄT ISTANBUL ..... FAKULTÄT

---

## PRAKTIKUMSBUCH

UNIVERSITÄT ISTANBUL  
..... FAKULTÄT

**Praktikanteninformation**

Name		Familiennamen	
Studenten-Nr		Fach	
Studienjahr		Telefon-No	
		e-mail	
Wohnanschrift			

**Praktikumsplatz und Datum des Praktikums**

Name					
Adresse					
Abteilung					
Telefon No:		Fax-No			
e-mail		Web Adresse	www.		
Beginn des Praktikums	..../..../....	Abschluss	..../..../....	Dauer(Tag)	
Typ des Praktikums (wenn es gibt)					

# ÜBERLEGUNGEN ZUR NUTZUNG PRAKTIKUMSBUCHES

---

I. **Erläuterungen über die Arbeit:**

Der Titel jeder Seite wird ausgefüllt.

Ein Überblick über das Praktikum wird gegeben.

Die Arbeit wird als technischer Bericht verfasst.

Jede Seite des Praktikumsbuches wird von Praktikanten und Geschäftsleiter unterschrieben.

II. **Erläuterungen zur Akzeptanz des Praktikumsbuches:**

Die Tabellen auf der ersten und letzten Seite des Praktikumsbuches werden mit dem offiziellen Siegel des Betriebs versiegelt oder gestempelt und die entsprechenden Stellen ausgefüllt und unterschrieben.

Dokumente werden entweder an die angegebene Adresse per Post (Fracht,Einschreiben,etc.) geschickt oder auf dem Umschlag gestempelt/versiegelt/geschlossen dem Praktikanten gegeben.

**Adresse:** Universität İstanbul, .....Dekanat der Fakultät... .....-İstanbul

**Telefon:** (212) ..... **Fax:** (212) .....



Abteilung im Betrieb:

Arbeitsdatum :

Erledigte Arbeit:

Dauer der Arbeit	Praktikanten Unterschrift	Betriebsleiter Unterschrift

UNIVERSITÄT ISTANBUL  
 .....FAKULTÄT

PRAKTIKUMSBESCHEINIGUNG

Name - Familienname		Fach	
Studenten-Nr		Studienjahr	
Datum	Praktikumsbeginn		Typ des Praktikums
	Praktikumsabschluss		
Tageszahl	gearbeitete		Büro :
	nicht gearbeitete		Betrieb :
Abteilung der Arbeit			Fabrik/auf dem Land :

Bewertungskriterien	Bewertung
Einhaltung der täglichen Arbeitszeiten	
Leistung	
Pünktlichkeit und Vollständigkeit	
Verhalten gegen ihre Vorgesetzten	
Verhalten gegen Kollegen	
Kontaktfähigkeit	
Einhaltung von Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	
Durchschnittliche Leistungsnote *	
Erfolgsstatus (0 Punkte am schlechtesten - 100 Punkte am besten)	erfolgreich (60 Punkte und höher)
	erfolglos (unter 60 Punkte)

\* Das arithmetische Mittel der Bewertungskriterien wird genommen. Eine Punktzahl von 60 und höher gilt als "erfolgreich".

Der Arbeitsplatz-Betreuer, der die Arbeit steuert	Fakultätsgenehmigung
Name-Familiename:  Unterschrift:                      Stempel oder Siegel	

Die Dokumente werden auf die registrierte Adresse (Fracht, Einschreiben, etc.) verschickt oder in dem verschlossenen Umschlag unterschrieben, abgestempelt und / oder versiegelt dem Praktikanten gegeben. Die Registerakte wird zusammen mit dem Praktikumsbuch in einem versiegelten Umschlag an die Praktikungskommission vorgelegt.

Adresse: i.Ü. .... Fakultät .....

Telefon: ..... .. Fax: .....

# ANHANG-1



Foto  
Stempel

## UNIVERSITÄT ISTANBUL- TÜRKEI OBLIGATORISCHES PRAKTIKUMSFÖRMULAR

An das zuständige Amt,

Studierende unserer Fakultäten sind verpflichtet, bis zum Ende ihrer Ausbildung (ihres Studiums) Praktika in Betrieben zu absolvieren.

Alle an unserer Fakultät studierenden Studenten sind gemäss dem Gesetz Nr.5510 versichert, demzufolge übernehmen wir die Anmeldung und die Abmeldung und anderweitige Verpflichtungen bezüglich der der Sozialversicherung.

Im Namen der ..... Fakultät der Universität Istanbul (İ.Ü.) bedanken wir uns und wünschen Ihnen viel Erfolg.

### INFORMATIONEN ÜBER PRAKTIKANTEN

Vorname - Familiennamen			
Studenten-Nr		Abteilung	
Studienjahr		Telefon-No	
TC Identität Nr		Geburtsort	
Vorname des Vaters		Geburtsdatum	
Vorname der Mutter		e-mail	
Angemeldete Wohnaschrift			

### INFORMATIONEN ÜBER DEN PRAKTIKUMSBETRIEB

Name				
Anschrift				
Produktion/ service Bereiche				
Telefonnummer		Fax		
e-mail		Web Adresse		
Datum Praktikumsbeginn		Abschluss	Dauer (Tag)	
Typ des Praktikums (wenn es gibt)				

### INFORMATIONEN ÜBER DEN ARBEITGEBER ODER LEITER DEN ZUSTÄNDIGEN

Vorname - Namen			
Aufgabenbereich und Titel		Unterschrift Namens-  stempel Siegel	
e-mail			
Datum			

<p>Datum:</p> <p>Ich versichere, dass die Informationen auf dem Dokument richtig sind und dass, sollte ich von dem Praktikum zurücktreten wollen, oder sollte der Beginn und das Ende des Praktikums sich ändern, dies mindestens 5 (fünf) Arbeitstage im Voraus schriftlich mitteilen werde. Andernfalls verpflichte ich mich, die daraus entstehenden rechtlichen und formellen Folgen vollends zu tragen und erkläre mich damit einverstanden, dass die der Universität diesbezüglich entstehenden Verpflichtungen auf mich übertragen werden. Ich verpflichte mich, das Praktikum bei dem vorstehenden Betrieb zu machen und bitte Sie die erforderlichen Unterlagen auszustellen.</p> <p style="text-align: center;">Praktikant : Name , Vornane, Unterschrift</p>	<p>Datum:</p> <p style="text-align: center;">Leiter der Praktikums- Kommission Vorname Name - Titel/Unterschrift</p>	<p>Datum:</p> <p style="text-align: center;">Fakultätssekretär Unterschrift/Stempel</p>	<p>Datum:</p> <p>Der Eintritt zu Beginn des Praktikums für die Sozialversicherungsanstalt wurde gemacht.</p> <p style="text-align: center;">Zuständiger Sachbearbeiter der SGK in der Fakultät Vorname /Name/ Unterschrift</p>
---	--	---	--

**Wichtiger Hinweis:** Das Pflichtpraktikumsformular (2 in Original) zusammen mit den bei der Abteilung Praktikumskommission einzureichenden Unterlagen muss 30 Tage vor Beginn des Praktikums beim Sekretariat des Fachbereichs eingereicht werden.

# APPENDIX-1



## T.R. ISTANBUL UNIVERSITY COMPULSORY INTERNSHIP FORM

PHOTO  
and  
SEAL

To Whom It May Concern,

The students of our faculty are obliged to do an internship in companies and businesses until the end of their education period. In accordance with the Social Insurance and General Health Insurance Law numbered 5510, the starting, ending and notification obligations of the students who are subject to compulsory internship will be carried out by our Institution. On behalf of IU ..... Faculty, we thank you for your interest and admission of our students in taking internship in your institution. The information you need about the student is below. We wish you success in your work.

### STUDENT INFORMATION

Name - Surname			
Student's Number		Department	
Education Year		Phone Number	
TR Id Number		Birth Place	
Father's Name		Birth Date	
Mother's name		E-Mail	
Residence Address			

### INTERNSHIP WORK PLACE

Name			
Address			
Production/Service Area			
Phone Number		Fax Number.	
E-Mail		Web Address	
Starting date of the internship		Ending Date	Duration (day)
Type of Internship(if any)			

### EMPLOYER OR AUTHORIZED PERSON

Name - Surname			
Task and Title		Signature / Stamp / Seal	
E-Mail			
Date			

Date: I hereby confirm that all the information on the document is correct, that I will not give up my internship for any reason or in case of any change in the starting and ending dates of my internship, I will inform you in advance (at least 5 work days in advance). I accept to undertake all administrative and legal responsibilities and any sanctions that will accrue against the University due to my failure to comply with these commitments. I request from you to prepare internship documents related to the said workplace in which I will do my internship.  Student's name, surname and signature	Date:  Internship Commission President's Name - Surname / Title / Signature	Date:  Faculty Secretary Signature /Seal	Date: The statement of employment to the Social Insurance Institution has been made  Officer in charge of Social Insurance Institution in Faculty/ Name, surname and signature
---	--	---	---

Important Note: **The Compulsory Internship Form (2 originals)** together with all necessary documents should be submitted to the **Department Secretariat 30 days before the internship begins.**



ISTANBUL UNIVERSITY  
FACULTY OF...  
Faculty's Logo

Istanbul University  
Faculty of .....

---

**INTERNSHIP BOOK**

---

ISTANBUL UNIVERSITY  
FACULTY OF.....

**Internship Student**

Name		Surname	
Student Number		Department	
Education Year		Phone Number	
		E-Mail	
Residence Address			

**The Internship Place and Date**

Name					
Address					
Production/Service Area					
Phone Number		Fax Number			
E-Mail		Web Address	www.		
Starting date of internship	..../..../....	Ending Date	..../..../....	Duration (day)	
Type of Internship(if any)					



## CONSIDERATIONS TO USE INTERNSHIP BOOK

---

**I. Explanations about the performed work :**

The title of each page will be filled in.

An overview of the business will be given.

The work will be written as a technical report; every page of the internship book will be signed by the trainee and the workplace authority.

**II. Explanations on the acceptance of the internship book:**

The internship table and the workplace tables on the first and last page of the book will be stamped with the official seal of the workplace where the internship has been done, and the relevant places will be filled in and signed by the authorized person.

The documents should be sent by registered ways (by cargo, registered mail, etc.) or should be given to the internship students in a closed, signed, stamped and/or sealed envelope.

**Address:** IU. .... Dean Of Faculty .....-Istanbul

**Phone:** (212) ..... **Fax:** (212) .....

The Business Department	Work Period	
Task		
Duration of the work	Signature of trainee	Signature of authorized person

**T.R.**  
**ISTANBUL UNIVERSITY**  
**FACULTY OF.....**

**INTERNSHIP REGISTER CARD**

Name-Surname		Department		
Student's Number		Education Year		
Date	Starting Date		<b>Kind of internship</b>	
	Ending Date			
Number of days	Work Days			Office : <input type="checkbox"/>
	Off days			Company / <input type="checkbox"/>
Working Departments			Factory / Land etc <input type="checkbox"/>	

Evaluation criteria	Evaluation
Compliance with daily working hours	
Adaptation to Work	
Efficiency at Work / Performance	
Obedience to their superiors	
Relationship with colleagues	
Communication skills	
Compliance with Occupational Health and Safety	
<b>Average achievement grade *</b>	
<b>Success status</b> (0 point,worst - 100 points, best)	Successful <input type="checkbox"/> (60 points and above)
	Unsuccessful <input type="checkbox"/> (below 60 points )

\* The arithmetic average of the evaluation criteria is taken. A score of 60 and above is considered "successful".

The workplace supervisor who controls the work	Faculty Approval
Name-Surname	
Signature: <span style="float: right;">Stamp or seal</span>	

The documents should be sent by registered ways (by cargo, registered mail, etc.) or should be given to the internship students in a closed, signed, stamped and/or sealed envelope. The register card, together with the internship book, should be delivered to the Internship Commission of the Department in a **closed** and **sealed** envelope.

Address: IU Faculty of .....

Telephone: ..... Fax: .....