

STAJ BA VURU LEMLER

1. Ek 1: ki adet okul müdür yard,mc,s,na imzalat,larak staj yap,lacak kuruma verilecek (Bir tanesi okuldaki evrak kay,tta kalacak).
2. Ek 2: Staj yap,lacak kuruma imzalat,lacak. (Staj yapaca ,n,z kurumun staj yapman,z, kabul etti ini gösterir.)
3. Ek 3: Ek 2 onayland,ktan sonra program dan, man,na imzalat,lacak.
4. Ek 4: SGK giri i yap,labilmesi için  renci taraf,ndan doldurulacak.
5. SGKdan durum bildirir belge al,nacak.
6. Ek 5: ki adet tüm i lemler tamamland,ktan sonra okul müdür yard,mc,s,na imzalat,larak staja ba lan,rken staj yap,lacak kuruma verilecek (Bir tanesi okuldaki evrak kay,tta kalacak).
7. Ek 6: Ek 5 ile birlikte staj yap,lacak kuruma verilecek ve staj bitiminde kurum yetkilisi taraf,ndan imzalan,p mühürlenip okul  renci i lerine verilecek.
8. Ek 7: Staj devaml,l , takip izelgesi. Staj s,ras,nda günlük olarak imzalan,l,p staj sonunda kurum amirine onaylatt,r,lacak. Staj de erlendirme (Ek 6) formu ile birlikte okula verilecek.

Ek 2 staj yap,lacak kurum taraf,ndan onayland,ktan sonra;

 Ek 2, Ek 3, Ek 4 ve SGKdan al,nan durumunu bildirir belge  renci i lerine teslim edilecek.



EK-2

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SALIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

... /... /2014

ÖĞRENCİNİN

Ad, Soyad, : ...

Öğrenci No : ...

Program, : ...

Staj Tarihleri : ...

Yukarıda kimlik bilgileri ve staj devresi verilen Yüksekokulunuz öğrencisi, staj, yapmak üzere firmam,za/kurumumuza başvurmuştur. İşinin Firmam,z,n/Kurumumuzunbiriminde, ... /... /2014 - ... /... /2014 tarihleri arasında staj yapması, uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Kurum/ yeri Yetkilisi/Amiri

Ad,-Soyad,:

Unvan,:

İmzası,:

Kaşe/Mühür:

Firma/Kurum Adresi :



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SALIK HİZMETLER MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ

ÖĞRENCİ	STAJ
Ad ve Soyad	Staj Türü
Öğrenci Num.	günü Sayısı,
Program,:	Staj Başlama Tarihi
Telefon	mza
E-Posta	

STAJ DANIŞMANI YER KABUL ÇİZELGESİ
<p style="text-align: center;">SALIK HİZMETLER MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE Yukarıda adı verilen öğrencinin istediği staj, kabul yazısı, bulunan yerde yapması, uygun görülmüştür.</p>
PROGRAM DANIŞMANI
Ünvan,:
Ad, ve Soyad,:
mza,:
Tarih:

Ö renci leri Taraf,ndan SGK Giri inde Kullan,lacak Bilgiler

Ö RENC N N
Ad, Soyad,:
TC Kimlik Numaras,:
Adresi:
Posta Kodu:
Telefon Numaras,:
Program,:



EK-5

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ**

SAYI : 82684872/304.03

EDİTÖR

KONU :

í í

Kurumunuzda staj yapması, uygun görülen ve ailemizde, ad, soyad, ve program, belirtilen öğrencilerimize ait staj başvuruları, belgeleri ekte. Yapılacak olan stajın bitiminde Staj Başvuru Belgesi doldurulup onaylandıktan sonra en kısa süre içerisinde Müdürlüğümüze öğizli olarak gönderilmesini arz ve rica ederim.

Müdür Yardımcısı,

EK : 1-Staj Başvuru Belgesi

ÖĞRENCİNİN ADI-SOYADI

PROGRAMI

Sayın Yeri Yetkilisi,

Yerinizde staj ve endüstriye dayalı, ö retim program, kapsam,nda süresini tamamlayan öğrencinin bilgi, beceri ve stajdan yararlanma derecesini ve ileriler ile davranışları, niteliklerini belirleyebilmek için aşağıdaki tabloyu özenle doldurunuz.

De erlendirme Tablosu

Özellikler	De erlendirme	
	Yeterli	Yetersiz
İlgili		
İn Tanımlanması,		
Alet Teçhizat Kullanma Yetene i		
Algılama Gücü		
Sorumluluk Duygusu		
Çalışma Hızı,		
Uygun ve Yeteri Kadar Malzeme Kullanma Becerisi		
Zaman/Verimli Kullanma		
Problem Çözme Yetene i		
İletim Kurma		
Kurallara Uyuma		
Genel De erlendirme		
Grup Çalışmasına Yatkınlık,		
Kendisini Geliştirme iste i		

Örencinin

Ad,-Soyad,:

Numaras,:

Program,:

Staj Süresi:

Staj Yapılan Kurum/ yerinin

Ad,:

Adresi:

Tel No:

Faks No:

E-Posta:

Program Danışmanı,

Ad,-Soyad,:

İmzas,:

Kurum Staj Sorumlusu

Ad,-Soyad,:

İmzas,:

Kurum/ Yeri Yetkilisi/Amiri

Ad,-Soyad,:

Unvan,:

İmzas,:

Kaşe/Mühür:

Kurum/ Yeri yetkilisinin imzası, ve kurum kaşesi/mührü eksik olan evraklar kabul edilmeyecektir.

Staj Devamlılık Çizelgesi

Ö rencinin Ad,-Soyad,:		Kurum Staj Sorumlusu Ad,-Soyad,: Unvan,:	
	Tarih	Ö renci mzas,	Kurum Staj Sorumlusu mzas,
1. Gün			
2. Gün			
3. Gün			
4. Gün			
5. Gün			
6. Gün			
7. Gün			
8. Gün			
9. Gün			
10.Gün			
11.Gün			
12.Gün			
13.Gün			
14.Gün			
15.Gün			
16.Gün			
17.Gün			
18.Gün			
19.Gün			
20.Gün			

Kurum/ yeri Yetkilisi/Amiri

Ad,-Soyad,:

Unvan,:

mzas,:

Ka e/Mühür:

Kurum/ yeri yetkilisinin imzas, ve kurum ka esi/mührü eksik olan evraklar kabul edilmeyecektir.