

**SAĞLIK MESLEK YÜKSEKOKULU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Öğrencinin Adı ve Soyadı:** |  |
| **Öğrencinin Okul Numarası:** |  |
| **Yaz Stajı Yapılan Kurumun Adı** |  |
| **Staj Başlama Tarihi** |  |
| **Staj Bitiş Tarihi** |  |

**AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI BÖLÜMÜ**

**ZORUNLU STAJI DOSYASI**

**İÇERİK :**

1. **YAZ STAJI DEVAM ÇİZELGESİ**
2. **YAPILAN İŞ FORMU**
3. **STAJ DEĞERLENDİRME VE SONUÇ FORMU**

**(Staj yetkilisi tarafından doldurulacak)**

1. **YAZ STAJI DEVAM ÇİZELGESİ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **İŞ GÜNÜ** | **TARİH (Gün/Ay/Yıl)** | **Çalışma Saatleri**  **(geliş saati-çıkış saati)** | **ÖĞRENCİNİN İMZASI** | **YETKİLİNİN İMZASI** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |
| **17** |  |  |  |  |
| **18** |  |  |  |  |
| **19** |  |  |  |  |
| **20** |  |  |  |  |
| **21** |  |  |  |  |
| **22** |  |  |  |  |
| **23** |  |  |  |  |
| **24** |  |  |  |  |
| **25** |  |  |  |  |
| **26** |  |  |  |  |
| **27** |  |  |  |  |
| **28** |  |  |  |  |
| **29** |  |  |  |  |
| **30** |  |  |  |  |

**NOT: Staj programına devam zorunludur. Staj kesintisizdir ve bölünemez.** Resmi tatil veya bayram günleri staj süresinden sayılmaz. Öğrencinin stajına devam edemeyeceğine dair üniversite hastaneleri, devlet hastaneleri ya da sağlık ocaklarından alınmış rapor ile belgelendirilmiş hastalık halleri, hastalık dışında doğal afetler, ailevi veya kabul edilebilir başka nedenlerle, stajına devam edemeyeceğine ilişkin resmi belge sunan ve mazereti staj yürütücüsünün kabul edilen öğrenciler, devam edemedikleri staj sürelerini gün ve saat olarak tamamlamak zorundadırlar. Aksi halde öğrenci stajdan başarısız kabul edilir.

1. **YAPILAN İŞ FORMU** (30 iş günü için ayrı ayrı çoğaltılıp, yazılmalıdır.)

|  |  |
| --- | --- |
| Yapılan İş: | Sayfa No: |
|  | Tarih: |
|  | |
| STAJ YÜRÜTÜCÜSÜNÜN KONTROLU(Kaşe-İmza): | |

**K.K.T.C.**

**GİRNE AMERİKAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK MESLEK YÜKSEKOKULU**

**AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI BÖLÜMÜ**

1. **STAJ DEĞERLENDİRME VE SONUÇ FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Öğrencinin** | **Staj Yerinin** |
| **Adı Soyadı:** | **Adı:** |
| **Öğrenci No:** | **Yeri:** |
| **Bölümü / Sınıfı:** | **Servisi:** |
| **Staj Yürütücüsünün** (Staj yerinde stajyer öğrenciden sorumlu yetkili, deneyimli personeli) | |
| **Ünvanı:** | |
| **Adı Soyadı:** | |

Sayın Staj Yürütücüsü;

Kurumunuzda **………………..** iş günü staj süresini tamamlayan öğrencinin bilgi, beceri ve stajından yararlanma derecesini ve ilişkileri ile davranışlarının niteliklerini belirleyebilmek için aşağıdaki tabloyu gözlem ve tespitlerinize göre lütfen özenle doldurunuz**.**

**Değerlendirme yöntemi: Aşağıdaki tabloda bulunan değerlendirme kriterlerini 0-4 puan arasında değerlendirmeniz rica olunur.**

**Puan Açıklaması: 0: Gözlem Yapılamadı 1: Zayıf 2: Orta 3: İyi 4: Çok İyi**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER** | **DEĞERLENDİRME PUANLARI** | | | | |
| Çalışma Saatlerine Uyum | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| İş organizasyonu yapma becerisi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sorumluluk | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Ekip çalışmasına uyum | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Mesleğe karşı ilgi ve şevk | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Kişilerarası iletişim | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Çalışma Hızı | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Kılık ve Kıyafet | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Karşılaştığı problemlerle baş edebilme ve çözüm geliştirebilme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Malzeme bilgisi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Hastaya Karşı tutum ve tavır | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Edindiği teorik bilgileri sentez edip kullanabilme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **TOPLAM PUAN** |  | | | | |

**Staj Yürütücüsünün Kaşe- İmzası: Hastane /Kurum Mührü: TARİH:**

***NOT: Lütfen bu formu kapalı ve kapağı imzalanmış bir form içinde öğrenciye teslim ediniz.***