

Öğrenci Staj Başvuru ve Kabul Formu

GİRNE AMERİKAN ÜNİVERSİTESİ
ECZACILIK FAKÜLTESİ
ÖĞRENCİ STAJ BAŞVURU VE KABUL FORMU

Sayı :
Konu : Staj Başvurusu

...../...../.....

İlgili Makama,

Fakültemiz öğrencilerinin mezuniyet haklarını kazanabilmeleri için eğitimleri ile ilgili kuruluş/işletmelerde staj yapma zorunlulukları vardır. Staj süresince öğrencilerimiz, yerinde uygulama süresince, "SGK" iş kazası ve Meslek Hastalığı Sigortası İşlemleri üniversitemiz tarafından takip edilecektir.

Aynı kanunun 13 üncü maddesinin ikinci fıkrasının (a) bendi gereğince kurumlarda iş kazası olması durumunda aynı gün içinde yetkili kolluk kuvvetlerine ve fakültemize bilgi verilmesi zorunludur.

Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin kuruluşunuzda/işyerinizde işgünü stajını yapmasının uygun görülmesi durumunda formun ilgili bölümünün doldurulması ve onaylanarak Fakültemize iletilmesini arz/rica ederim.

Dekan

ÖĞRENCİNİN KİMLİK BİLGİLERİ		
Adı-Soyadı	.....	
T.C. Kimlik Numarası	.....	
Sınıfı/Dönemi	/.....	
Adresi	.....	
Telefon Numarası (Cep no)	.....	
E-posta Adresi	.....	
SGK Kaydı	Var ☐	Yok ☐
STAJ YERİ BİLGİLERİ		
Başvurusu Yapılan Staj (Staj I-VI)	.....	
Staj Yeri Adı	.....	
Staj Yeri Sorumlu Eczacısı	.....	
Staj Yeri Adresi	.....	
Telefon	.....	
Yukarıda belirttiğim bilgilerin doğruluğunu, aşağıda belirtilen tarihler arasında günlük stajımı yapacağımı, stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajıma başlamam ya da stajdan vazgeçmem hâlinde en az 5 gün önceden "Eczacılık Fakültesi Staj Birimi"ne staj yeri değişim formu doldurarak bilgi vereceğimi aksi takdirde SGK prim ödemeleri nedeniyle doğabilecek maddi zararları karşılayacağımı beyan ve taahhüt ederim. /...../..... Öğrencinin İmzası		
Yukarıda kimlik bilgileri bulunan öğrencinin <u>kurumumuzda/kuruluşumuzda</u> günlük STAJINI YAPMASI UYGUN GÖRÜLMÜŞTÜR/GÖRÜLMEMİŞTİR.		
ÖĞRENCİNİN;		
STAJ BAŞLAMA TARİHİ :/...../.....		Staj Süresi : gün
STAJ BİTİŞ TARİHİ :/...../.....		
Sorumlu Eczacı		Staj Komisyonu Başkanı
İmzası :	İmzası :	
Adı-Soyadı :	Adı-Soyadı :	
Tarih :/...../.....		
Mühür/Kaşe :		

ÖNEMLİ NOT: Öğrencinin bu formu staja başlamadan önce Fakültenin belirleyeceği tarihe kadar "Staj Komisyonu"na teslim etmesi zorunludur. Bu form **2 asıl kopya** olarak hazırlanmalıdır (Kopyalardan biri kurumda/kuruluşta kalacak, diğeri Fakülteye öğrenci tarafından teslim edilecektir.)

Girne Amerikan Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Üniversite caddesi PK.5, Karmi Kampüsü, Karaoğlanoğlu GİRNE/KKTC

Tel: +90 (392) 650 2000 Fax: +90 (392) 650 2061 E-posta: info@gau.edu.tr

Öğrenci Staj Devam Çizelgesi

GİRNE AMERİKAN ÜNİVERSİTESİ
ECZACILIK FAKÜLTESİ
ÖĞRENCİ STAJ DEVAM ÇİZELGESİ

ÖĞRENCİNİN;	
Adı-Soyadı	.....
T.C. Kimlik Numarası	.....
Staj Yapılan Kurum/Kuruluş	.....

GÜN	TARİH	İMZA	GÜN	TARİH	İMZA	GÜN	TARİH	İMZA
1	.../.../.....		16	.../.../.....		31	.../.../.....	
2	.../.../.....		17	.../.../.....		32	.../.../.....	
3	.../.../.....		18	.../.../.....		33	.../.../.....	
4	.../.../.....		19	.../.../.....		34	.../.../.....	
5	.../.../.....		20	.../.../.....		35	.../.../.....	
6	.../.../.....		21	.../.../.....		36	.../.../.....	
7	.../.../.....		22	.../.../.....				
8	.../.../.....		23	.../.../.....				
9	.../.../.....		24	.../.../.....				
10	.../.../.....		25	.../.../.....				
11	.../.../.....		26	.../.../.....				
12	.../.../.....		27	.../.../.....				
13	.../.../.....		28	.../.../.....				
14	.../.../.....		29	.../.../.....				
15	.../.../.....		30	.../.../.....				

KURUM/KURULUŞUN STAJDAN SORUMLU ECZACISININ;

İmza/Mühür :

Unvanı :

Adı-Soyadı :

NOT:

- Öğrenci izinli olduğu günlerde imza atmayacak ve izinli olduğu günleri imza föyünde belirtmeyecektir.
- Eczacılık Fakültesinde; zorunlu Staj-I, II ve III (yaz aylarında) 1,5 ay x 3=4,5 ay, 9. Sömestir + 1,5 ay toplam Eczane stajı 6 ay
- Öğrenci raporlu olduğu günleri telafi etmek ve raporunu Staj Birimine bildirmek zorundadır.
- Bu formun "İşyeri Değerlendirme Formu" ile kapalı zarf içinde öğrenci/posta aracılığıyla Fakülteye gönderilmesi arz/rica olunur.

Kurum/Kuruluş Öğrenci Değerlendirme Formu

GİRNE AMERİKAN ÜNİVERSİTESİ
ECZACILIK FAKÜLTESİ
KURUM/KURULUŞ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı-Soyadı : Telefon Numarası :
T.C. Kimlik No : Staja Başlama Tarihi : / /
Öğrencinin Sürekli Adresi : Stajdan Ayrılış Tarihi : / /
Yapılan Staj Uygulaması (Staj I-VI) :

STAJ YERİ BİLGİLERİ

Staj Yeri Adı : Staj yeri Sorumlu Eczacısı:.....
Staj Yeri Adresi : Telefon:.....

ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU							
NO	DEĞERLENDİRME KRİTERİ	KRİTER AÇIKLAMASI	ÇOK İYİ	İYİ	ORTA	ZAYIF	ÇOK ZAYIF
1	Meslek Bilgisi	Mesleğinin gerektirdiği teorik ve pratik bilgisi ile eczacılık mesleğinin görev ve sorumluluklarını taşıması					
2	Mesleki Becerisi	Eczacılık Mesleği ile ilgili uygulamalardaki becerisi					
3	İletişim Becerisi	Gelen yazılı ve/veya sözlü talimatları doğru algılaması, fikirlerini sözlü ve/veya yazılı olarak ifade edebilmesi, bilgiyi zamanında ve doğru olarak iletebilmesi					
4	Ekip Çalışmasına Yatkınlık	Çalışma arkadaşları ile yardımlaşması, ekip çalışma temposuna ayak uydurabilmesi, ekip çalışmasına katkı sağlayabilmesi					
5	Kendini Geliştirme	Yeniliklere açık olması, eksiklikleri görüp tamamlayabilmesi, bilgi ve becerisini artırma çabası					
6	Temsil Yeteneği	Dış görünüşü ve nezaketi, davranışları ile etrafına güven telkin etmesi					
7	Özverili Çalışma	Görev ve sorumluluklarının bilincinde olması, üzerinde çalıştığı konuyu sonuçlandırması					
8	Disiplin	Öğrencinin iş saatlerine uyumu, verilen görevi verilen sürelerde bitirmeye özen göstermesi					
9	Devam Durumu	Gerçekçi mazeretler dışında kurum/kuruluşta staj dönemi boyunca devamlılığının değerlendirilmesi					

ÖĞRENCİNİN GENEL DEĞERLENDİRMESİ

BAŞARI DURUMU : BAŞARILI () BAŞARISIZ ()
DEĞERLENDİRME TARİHİ :/...../.....

Diğer İzlenim ve Öneriler:

.....

SORUMLU ECZACININ

İmzası-Mühür :

Staj Yeri Değişim Formu

(İşletme Anteti/Eczane Kaşesi)

GİRNE AMERİKAN ÜNİVERSİTESİ ECZACILIK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakültemiz no.lu öğrencisi, Staj uygulamasını nedeniyle tamamlamadan kurumumuzdan/kuruluşumuzdan ayrılmıştır. SGK çıkış işlemlerinin .../.../20... tarihi itibarıyla yapılması için gereğini bilgilerinize sunarım.

.../.../20... –

(Tarih/İmza/Kaşe)

.....
Staj Yeri Sorumlu Eczacısının Adı-Soyadı

Staj Komisyonu Öğrenci Staj IV ve V Değerlendirme Formu

GİRNE AMERİKAN ÜNİVERSİTESİ
ECZACILIK FAKÜLTESİ
STAJ KOMİSYONU ÖĞRENCİ STAJ IV VE V DEĞERLENDİRME FORMU

ÖĞRENCİNİN	
Adı-Soyadı	_____
T.C. Kimlik Numarası	_____
Yapılan Staj Uygulaması (Staj IV ve V)	_____

DEĞERLENDİRME	SONUÇ
KURUM/KURULUŞ TARAFINDAN YAPILAN ÖĞRENCİ STAJ RAPORU DEĞERLENDİRMESİ ^a	.....
STAJ KOMİSYONU TARAFINDAN YAPILAN STAJ DEFTERİ DEĞERLENDİRMESİ ^b	.....
STAJ KOMİSYONU TARAFINDAN YAPILAN STAJ SINAVLARINDAN ÖĞRENCİNİN ALDIGI PUAN ^c	YAZILI: SÖZLÜ:

- a Başarılı/Başarısız
b Staj Defteri; "Staj Komisyonu" tarafından Başarılı/Başarısız olarak değerlendirilir.
c Staj IV ve V uygulamaları için Staj Sınavı, "Staj Komisyonu" tarafından hazırlanan yazılı ve sözlü sınavlarla gerçekleştirilir.

Stajın başarılı sayılabilmesi için; staj yapılan kurum/kuruluş tarafından doldurulan "Kurum/Kuruluş Öğrenci Değerlendirme Formu"nda "**Başarılı**" olarak belirtilen, "Staj Komisyonu" tarafından yapılan "Öğrenci Staj Defteri Değerlendirmesi"de de "**Başarılı**" olarak belirtilen öğrenci, "Staj Komisyonu" tarafından yazılı ve sözlü sınavlara alınır. Öğrencinin başarı notu; yazılı sınav sonucunun %30'u, sözlü sınav sonucunun %70'i alınarak hesaplanır.

HARF NOTU ()

<u>FAKÜLTE STAJ KOMİSYONU</u>	
<u>Başkan:</u>	
İmzası	:
Unvanı	:
Adı-Soyadı	:
<u>Üye:</u>	<u>Üye:</u>
İmzası	:
Unvanı	:
Adı-Soyadı	:
Adı-Soyadı	:

* Bu form Fakülte tarafından doldurulacaktır.

GİRNE AMERİKAN ÜNİVERSİTESİ
ECZACILIK FAKÜLTESİ

1. ECZANE STAJI

Staj yaptığı eczanenin adı	
Telefon numarası	
Adresi	
Eczane Mesul Müdürü Adı-soyadı	
Stajın başlangıç tarihi	
Stajın bitiş tarihi	
Staj süresi	
Staj devam süresi	
Eczane Mesul Müdürü İmza, kaşe ve tarih	

KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ

GİRNE AMERİKAN ÜNİVERSİTESİ

ECZACILIK FAKÜLTESİ

HAFTA RAPORU

Tarih:

Çalışma saatleri:

Günlük Uygulamalar ve Kazanımlar:

Staj Sorumlusunun Günlük Onayı: