

T.C.

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

BESLENME VE DİYETETİK BÖLÜMÜ

YAZ STAJI DOSYASI

Öğrenci Numarası:

Öğrenci Adı-Soyadı:

Staj Tarihi:

Staj Yapılan Yer:

Sayın Değerlendirici,

Beslenme ve Diyetetik Bölümü Yaz Stajı, öğrencilerimizin teorik ve uygulamalı derslerde öğrendikleri bilgileri klinik ortamına aktaracakları deneyimleri olacaktır. Öğrencilerimizin bu önemli deneyimi siz değerli meslektaşlarımızın gözleminde yaşamaları bizler için onur kaynağıdır.

Ayrıca, Staj formu içerisinde yer alan “öğrenci değerlendirme formu”, “öğrenci imza çizelgesi bölümünü” **20 iş gününden** oluşan staj bitiminde doldurduktan sonra kapalı ve imzalı zarf içerisinde öğrencilerimiz vasıtasıyla bize iletmenizi rica etmekteyiz.

Öğrencilerimizin edineceği bu güzel tecrübe sırasında göstereceğiniz katkılarınızdan dolayı, siz değerli paydaşlarımıza teşekkürlerimizi sunarız.

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Staj Komisyonu



AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ STAJ SİCİL FORMU
(Kamu Kurum ve Kuruluşları)

Öğrencinin Adı Soyadı : Numarası : Sınıfı : Stajın Türü (Zorunlu/İsteğe Bağlı) : Stajın Başlama ve Bitiş Tarihi : / / - / / Çalışılan Gün Sayısı : Devam Edilmeyen Gün Sayısı :	FOTOĞRAF
İlgiliye: Staj başvuru ve SGK formunda belirtildiği gibi, yukarıda bilgileri verilen öğrencimizin kurumunuzda staj yapma isteği uygun görülmüştür. Öğrencilerimize kurumunuzda staj imkânının verilmesinden dolayı size teşekkür ederim. Staj; öğrencinin teknik eğitiminin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Bu nedenle öğrencimizin, stajı sırasında yakından izlenerek, ilgili kanunlara, kurallara ve kurum içi disiplinlere uymaları hususuna özen gösterilmesini ve staj sonunda aşağıdaki sicil bilgilerinin doldurularak öğrenciye yapılan ödeme varsa Staj Ücretlerine İşsizlik Fonu Katkısı ödemesinin yapılabilmesi için belgeleriyle birlikte en kısa süre içerisinde kurumumuza gönderilmesini rica ederiz. Bölüm/Birim Başkanlığı	
STAJ YAPILAN KURUM TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR	
Öğrencinin değerlendirmesini yaz stajı dosyasında yer alan değerlendirme formuna göre gerçekleştirerek aldığı notu yazınız.	STAJ NOTU:
Stajın Yapıldığı Kurum Bilgileri	/...../..... İmza Mühür .../.../...
Adı : Adresi :	
Kurum Yetkilisi	
Adı Soyadı : Görevi : Tel : Faks : E-Posta :	
SORUMLU ÖĞRETİM ELEMANI TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR	
Stajı Kabul Edilmiştir. ☐	Kabul Edilmemiştir. ☐
İmza Sorumlu Öğretim Elemanı (Adı Soyadı, Unvanı)	
Açıklamalar:	
STAJ KOMİSYONU TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR	
.....İş Günü..... Stajı Kabul Edilmiştir. ☐	Kabul Edilmemiştir. ☐
Açıklamalar:	
İmza ve Tarih Staj Komisyonu Başkanı (Adı Soyadı, Unvanı)	

Not: Bu formun doldurulması ve formda yer alan bilgilerin birimler tarafından Öğrenci Bilgi Sistemine girilmesi zorunludur.

Düzenleme Tarihi:26.06.2019

Revizyon Tarihi :25.06.2022



SBF-Form 1/b

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ STAJ SİCİL FORMU
(Özel Sektör İşletme/İşyeri)

Öğrencinin Adı Soyadı Numarası Sınıfı Stajın Türü Stajın Başlama ve Bitiş Tarihi Çalışılan Gün Sayısı Devam Edilmeyen Gün Sayısı İş Yeri Çalışan Sayısı Yapılan 1. Ödeme Miktarı ve Tarihi Yapılan 2. Ödeme Miktarı ve Tarihi İşletmenin IBAN Numarası	: : : : /..... /..... - /..... /..... : : : : ,..... ₺ /..... /..... ,..... ₺ /..... /..... :TR	FOTOĞRAF
--	--	----------

İlgiliye:

Staj başvuru ve SGK formunda belirtildiği gibi, yukarıda bilgileri verilen öğrencimizin kurumunuzda staj yapma isteği uygun görülmüştür. Öğrencilerimize kurumunuzda staj imkânının verilmesinden dolayı size teşekkür ederim.

Staj; öğrencinin teknik eğitiminin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Bu nedenle öğrencimizin, stajı sırasında yakından izlenerek, ilgili kanunlara, kurallara ve kurum içi disiplinlere uymaları hususuna özen gösterilmesini ve staj sonunda aşağıdaki sicil bilgilerinin doldurularak öğrenciye yapılan ödeme varsa Staj Ücretlerine İşsizlik Fonu Katkısı ödemesinin yapılabilmesi için belgeleriyle birlikte en kısa süre içerisinde kurumumuza gönderilmesini rica ederiz.

Bölüm/Birim Başkanlığı

STAJ YAPILAN KURUM TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR

Öğrencinin değerlendirmesini yaz stajı dosyasında yer alan değerlendirme formuna göre gerçekleştirerek aldığı notu yazınız.

STAJ NOTU:

Stajın Yapıldığı Kurum Bilgileri

Adı :
Adresi :

Kurum Yetkilisi

Adı Soyadı :
Görevi :
Tel :
Faks :
E-Posta :

İmza

İşletme Kaşesi

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

SORUMLU ÖĞRETİM ELEMANI TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR

Stajı Kabul Edilmiştir. ☐

Kabul Edilmemiştir. ☐

İmza
Sorumlu Öğretim Elemanı
(Adı Soyadı, Unvanı)

Açıklamalar:

STAJ KOMİSYONU TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR

.....İş Günü..... Stajı Kabul Edilmiştir. ☐ Kabul Edilmemiştir. ☐

Açıklamalar:

İmza ve Tarih
Staj Komisyonu Başkanı
(Adı Soyadı, Unvanı)

Not: Bu formun doldurulması ve formda yer alan bilgilerin birimler tarafından Öğrenci Bilgi Sistemine girilmesi zorunludur.

Düzenleme Tarihi:26.06.2019

Revizyon Tarihi :25.06.2022



AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
BESLENME VE DİYETETİK BÖLÜMÜ

STAJ DEĞERLENDİRME FORMU
(Kurum Yetkilisi Tarafından Doldurulacaktır)

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı :

Numarası :

YAPTIĞI STAJIN

Süresi (İş Günü) :

Staj Başlama ve Bitiş Tarihi :/...../..... -/...../.....

STAJ YAPILAN KURUMUN:

Adı :

Sorumlu Diyetisyen :

Adres :

DEĞERLENDİRME SORULARI

	A	B	C	D	E
Staj süresince işe devamı					
Stajdaki genel performansı					
Zamanını etkin kullanabilmesi ve verilen işi vaktinde bitirebilmesi					
Kurum çalışanları ile iyi iletişim kurabilmesi					
Meslek etiği konusundaki bilinci					
Diyetisyenlik bilgilerini uygulama becerisi					
Hastalarla/çalışanlarla iletişimi					
Disiplinler arası takım çalışmasına uyum sağlayabilmesi					
Yazılı ve sözlü sunum başarısı					
A: Çok İyi, B: İyi, C: Orta, D: Zayıf, E: Çok Zayıf					

Bunların dışında aktarmak istediğiniz görüşleriniz:

STAJI ONAYLAYANIN

Adı Soyadı :

Görevi :

Tarih :

Mühür ve İmza :

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
20.../20... EĞİTİM-ÖĞRETİM YILI YAZ STAJI ÖĞRENCİ DEVAM İMZA ÇİZELGESİ

ÖĞRENCİNİN							
Adı Soyadı :							
Numarası:							
Staj Yaptığı Birim :							
Staj Yaptığı Tarih Aralığı:							
GÜN	Tarih	Çalışma Saatleri	Öğrenci İmza	GÜN	Tarih	Çalışma Saatleri	Öğrenci İmza
1				16			
2				17			
3				18			
4				19			
5				20			
6				21			
7				22			
8				23			
9				24			
10				25			
11				26			
12				27			
13				28			
14				29			
15				30			

Sayın Yetkili; Öğrencinin imzalarını düzenli olarak imza çizelgesine atması beklenmektedir. Bu konudaki hassasiyetiniz ve ilginiz için teşekkür ederiz.

Yukarıda kimliği yazılı öğrenci .../.../20... ile .../.../20... tarihleri arasında toplam iş günü staj yapmıştır.

KURUM YETKİLİSİ
 (Adı-Soyadı, İmza – Mühür)



Not: Staj gün sayısı bölümlere göre değişiklik göstermektedir.