İşyeri / Kurum adı: ………………………………………………..………

………..……….

 Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Besleneme ve Diyetetik Bölümü 3.sınıf öğrencisiyim.

..../...../.......-....../...../.......... tarihleri arasında 30 iş günü mecburi stajımı işyerinizde/kurumunuzda yapmak istiyorum.

Gereğini müsaadelerinize arz ederim. Saygılarımla. ……../……/20…….

 Adı Soyadı:

 Numarası :

 İmza :

**Stajın Yapılacağı Kurum veya İşyeri Onayı**

Yukarıda adı, soyadı ve bölüm bilgileri yazılı öğrencinizin 30 günlük stajını işyerimizde/kurumumuzda yapması uygundur.

Kurum/İşyeri Adı (kaşe/mühür)

Onayı

**T.C.**

**FIRAT ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI**

**BESLENME VE DİYETETİK BÖLÜM BAŞKANLIĞINA**

Bölümümüz ..…. sınıf …………….. numaralı öğrencisiyim.

2024 -2025 Eğitim – Öğretim yılı yaz stajını ..../...../.......-....../...../.......... tarihleri arasında 30 iş günü olarak ………………………………………………………… kurumunda makamınızca uygun görülmesi halinde belirtilen işyerinde yapmak istiyorum.

Staj yapmam için gerekli olan belgeleri tarafıma verilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

 …. / …. / ……

**Adres : Adı Soyadı**

**……………………………………….**

**……………………………………….**

**……………………………………….**

**……………………………………….**

**……………………………………….**

**GSM:………………………………..**

**T.C.**

**FIRAT ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI**

**BESLENME VE DİYETETİK BÖLÜM BAŞKANLIĞI**

 **ELAZIĞ**

SAYI : E-36460393- …../…../20.…

KONU : Öğrenci stajları

**İLGİLİ MAKAMA**

 Aşağıda programı belirtilen Fakültemiz öğrencisi; mesleki kabiliyetinin, beceri ve tecrübesinin arttırılması için kurumunuzda/işyerinizde zorunlu staj çalışmasını yapacaktır.

 Öğrencinin, (..../...../.......-....../...../..........) 30 günlük stajı süresi boyunca İş Kazası ve Meslek Hastalıkları Sigorta Primi Üniversitemiz tarafından karşılanacaktır.

 Öğrencinin staj süresince, kurumunuzun/işyerinizin çalışma şartlarına ve kendisine verilen staj programına uyarak, verimli bir staj devresi geçirmesi için gerekenin yapılmasını ve staj sonunda Staj Değerlendirme Formu’nun doldurularak bir nüshasının Dekanlığımıza gönderilmesini arz ve rica eder, öğrencimizin yetiştirilmesine katkılarınızdan dolayı teşekkürlerimi sunarım.

 **Prof.Dr. Gökçe KAYA**

 **Bölüm Başkanı**

**ÖĞRENCİNİN:**

ADI SOYADI : ………………………………………………………………..

T.C. KİMLİK: …………………………………………………………………

PROGRAMI : …………………………………………………………………

SINIFI : …………………………………………………………………

NUMARASI : …………………………………………………………………

**EKLER:**

EK-1: İşyeri/Kurum Stajyer Kabul Formu (1 ad.)

EK-2: Öğrenci Özgeçmişi (1 ad.)

** T.C.**

**FIRAT ÜNİVERSİTESİ**

**Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı**

**Beslenme ve Diyetetik Bölümü**

**Sayı :** E-36460393- …./…./20…

**Konu :** Staj

**İLGİLİ MAKAMA**

Bölümümüz ………………. numaralı ………………………. öğrencimiz Toplum Sağlığında Beslenme Uygulaması kapsamında mesleki kabiliyet, görgü, beceri ve tecrübesini arttırmak üzere kurumunuzda yaz stajı yapacaktır. “T.C. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Eğitim – Öğretim ve Mesleki Uygulamalı Derslerle İlgili Uygulama Yönergesinin” 6. Madde (a -b –c) bentleri uyarınca 30 iş günü staj çalışmasının yaptırılmasını müsaadelerinize arz/rica ederim.

 **Prof. Dr. Gökçe KAYA**

 **Böl. Bşk.**

**STAJLA İLGİLİ ESASLAR**

1. Staj Süresi 30 iş günü, günde 8 saat, haftada en çok 45 saattir.
2. Stajı süresi boyunca İş Kazası ve Meslek Hastalıkları Sigorta Primi Üniversitemiz tarafından karşılanacaktır.
3. Staj yapacak öğrenci işyerlerinizin kurallarına uymak zorunludur.
4. Bu konuda gösterilen ilgi ve yardımlarınız için teşekkür eder, staj bitiminde staj başarı

formunun **"GİZLİ OLARAK"** kapalı zarf içinde öğrenciye teslim edilerek göndermenizi

 arz/rica ederim.

**T.C.**

**............................................**

**................................................**

**..............................................................**

 **....................**

SAYI : ………………. …../…../20.…

KONU : Öğrenci stajları

**FIRAT ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI**

**BESLENME VE DİYETETİK BÖLÜM BAŞKANLIĞINA**

 **ELAZIĞ**

 Fakülteniz Beslenme ve Diyetetik Bölümü 3.sınıf .....................................numaralı öğrenciniz......................................................'nın yaz stajı başvurusu incelenerek, ..../...../.......-....../...../.......... tarihleri arasında 30 işgünü olarak kurumumuzda staj yapması uygun görülmüştür.

 Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

 **Yetkili Kurum Amiri**

 Adı Soyadı

 İmza

 Mühür

**İletişim Bilgileri**

Kurum Diyetisyeni:.................................

GSM :.................................

Kurumu :.................................

**ÖĞRENCİ ÖZGEÇMİŞ FORMU**

**ŞAHSİ BİLGİLER:**

|  |
| --- |
|   Fotoğraf |

Adı soyadı :………………………………………………………

T.C. Kimlik No :………………………………………………………

Doğum yeri ve tarihi :………………………………………………………

Telefonu :………………………………………………………

e-mail :………………………………………………………

**ÖĞRENİM DURUMU :**

Üniversite:………………………………………………………

Fakülte :………………………………………………………

Okuduğu Program :………………………………………………………

Sınıf :………………………………………………………

Numarası :………………………………………………………

**İletişim Bilgileri :**

**Adres:………………………………………………**

**……………………………………………………...**

**……………………………………………………...**

**……………………………………………………...**

**……………………………………………………...**

 **Öğrencinin**

 **imza**

Not: Verilen bilgilerin doğruluğundan öğrenci sorumludur.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bu form, Sorumlu Diyetisyen tarafından doldurulacaktır.** Öğrencinin adı soyadı :……………………………………………………………. Numarası /T.C Kimlik :…………………………………………………………….  İş yerinin adı :…………………………………………………………….  Öğrencinin çalıştığı bölüm :…………………………………………………………….  Öğrencinin yaptığı iş :…………………………………………………………….  Çalışma şekli (ferdi-grup) :…………………………………………………………….   **SORUMLU Adı Soyadı Değerlendirme tarihi İmza** **DİYETİSYEN** ………………………. ……../…..…/20.…… .…………. **Sayın Diyetisyen**Staj süresini tamamlayan öğrencinin bilgi, beceri ve stajdan yararlanma derecesini ve ilişkileri ile davranışlarının niteliklerini belirleyebilmek için aşağıdaki tabloyu özenle doldurunuz.**DEĞERLENDİRME TABLOSU**

|  |  |
| --- | --- |
| **ÖZELLİKLER**  |  **Değerlendirme** |
| **Çok iyi** | **İyi** | **Orta** | **Başarısız** |
| İletişim kurma Danışmanlarla  |  |  |  |  |
| İletişim kurma Çalışanlarla |  |  |  |  |
| İşe ilgi |  |  |  |  |
| İşin tanımlanması |  |  |  |  |
| Alet ve teçhizat kullanma yeteneği |  |  |  |  |
| Algılama gücü |  |  |  |  |
| Sorumluluk duygusu |  |  |  |  |
| Çalışma hızı |  |  |  |  |
| Uygun ve yeteri kadar malzeme |  |  |  |  |
| Kullanma becerisi |  |  |  |  |
| Zamanı verimli kullanma |  |  |  |  |
| Problem çözebilme yeteneği |  |  |  |  |
| Kurallara uyma |  |  |  |  |
| Grup çalışmasına yatkınlığı |  |  |  |  |
| Kendisini geliştirme isteği |  |  |  |  |
| Genel değerlendirme |  |  |  |  |

Yukarıda bilgileri yazılı öğrenciniz ..../...../.......-....../...../.......... tarihleri arasında 30 işgünü olarak kurumumuzda yaz stajını Başarılı / Başarısız olarak tamamlamıştır. Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.  **Yetkili Kurum Amiri** Adı Soyadı İmza Mühür **Lütfen, Kapalı zarf içerisinde Gizli ibaresiyle öğrenciye elden teslim ediniz.**  |

**FIRAT ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

 **ÖĞRENCİ SATJ SONU DEĞERLENDİRME RAPORU**

|  |
| --- |
| Uygulama yapılan kurum hakkında bilgi :  |
| Uygulamanın yapıldığı tarihler: ………/……../20… - ……../……../20…… |
|  Uygulama yapılan kurum hakkında değerlendirme: |
|  **ÖĞRENCİ ADI VE SOYADI** | **OKUL NUMARASI** | **İMZA** |
|  |  |  |
| **SORUMLU DİYETİSYEN ADI VE SOYADI** |  | **İMZA** |
|  |  |  |

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

 **BESLENME VE DİYETETİK BÖLÜMÜ DEVAM ÇİZELGESİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **GÜNLER** | **TARİH** | **İMZA** |
| **PAZARTESİ** |  |  |
| **SALI** |  |  |
| **ÇARŞAMBA** |  |  |
| **PERŞEMBE** |  |  |
| **CUMA** |  |  |
|  |  |  |
| **PAZARTESİ** |  |  |
| **SALI** |  |  |
| **ÇARŞAMBA** |  |  |
| **PERŞEMBE** |  |  |
| **CUMA** |  |  |
|  |  |  |
| **PAZARTESİ** |  |  |
| **SALI** |  |  |
| **ÇARŞAMBA** |  |  |
| **PERŞEMBE** |  |  |
| **CUMA** |  |  |
|  |  |  |
| **PAZARTESİ** |  |  |
| **SALI** |  |  |
| **ÇARŞAMBA** |  |  |
| **PERŞEMBE** |  |  |
| **CUMA** |  |  |
|  |  |  |
| **PAZARTESİ** |  |  |
| **SALI** |  |  |
| **ÇARŞAMBA** |  |  |
| **PERŞEMBE** |  |  |
| **CUMA** |  |  |
|  |  |  |
| **PAZARTESİ** |  |  |
| **SALI** |  |  |
| **ÇARŞAMBA** |  |  |
| **PERŞEMBE** |  |  |
| **CUMA** |  |  |