## STAJ/UYGULAMA DEĞERLENDİRME FORMU

**DOLDURULMUŞ OLACAK**

*(Staj yapılan kurum tarafından staj/uygulama sonunda doldurulacaktır.)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **I. ÖĞRENCİ BİLGİLERİ** |  | **Fotoğraf** |
| Adı: | Soyadı: |
| Öğrenci No:… |
| Tel (Ev/GSM):..  |
| E-mail :… |
| Yazışma adresi:… |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **II. STAJ /UYGULAMAYAPILAN KURUMUN** |
| Adı: |  |
| Tel: |  |
| Fax: |  |
| E-mail : |  |
| Yetkili Staj Yürütücüsünün Adı: |  |
| Staj başlama tarihi: |  |
| Staj bitiş tarihi: |

Lütfen eleştirilerinizi ve stajyer öğrencinin gelişimi ile ilgili tavsiyelerinizi belirtiniz.

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

Öğrencinin:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Staj/uygulama devam durumu | ( ) DEVAMLI  | ( ) DEVAMSIZ |
| Başarı durumu:  | **( ) BAŞARILI**  | ( ) BAŞARISIZ |

**DEĞERLENDİREN**

Adı Soyadı :

Tarih………./………./………….

İmza:

Bu belgenin staj/uygulama sonunda doldurulup imzalandıktan sonra “EGE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI” yazılı, kapalı bir zarf içinde stajer öğrenciye teslim edilmesi önemle rica olunur.