## 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.