****

**T.C.**

**DİCLE ÜNİVERSİTESİ**

**İİBF SAĞLIK YÖNETİMİ BÖLÜMÜ**

**STAJ**

**DEFTERİ**

**(STAJ DOSYASI)**

|  |
| --- |
| **Dicle Üniversitesi İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü / Kampus / Diyarbakır Telefon: 0412 248 80 30 – 0412 248 83 47 Fax : 0412 248 83 48** |

**T.C.**

**DİCLE ÜNİVERSİTESİ**

**İKTİSADİ ve İDARİ BİLİMLER FAKÜLTESİ**

#

 Fakülteniz …………………………..….….. Bölümü 3.sınıf ………… nolu öğrencisiyim. Stajımı ………………………………………………………………………n da yapmak istiyorum.

 Konu ile ilgili staj başlatma formunun tarafıma verilmesini arz ederim. ….../…../….

**Adres:** **Adı Soyadı**:

 (İmza)

**Telefon:**

|  |
| --- |
| **T.C.****DİCLE ÜNİVERSİTESİ** **İKTİSADİ ve İDARİ BİLİMLER FAKÜLTESİ****GELEN EVRAK KAYDI** |
| **Tarih :**  |
| **Sayı :**  |

 **Öğrenci Danışman Onayı:**

 Dr. Öğr. Üyesi Cuma ÇAKMAK

|  |  |
| --- | --- |
| dicle üniversitesi logo ile ilgili görsel sonucu | **DİCLE ÜNİVERSİTESİ** **ZORUNLU STAJ BAŞVURU FORMU**  |

Resim Yapıştırarak İlgili Birimde Onaylatınız

Sayın Kurum Yetkilisi,

İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinin öğrenim süresi sonuna kadar kuruluş ve işletmelerde staj yapma zorunluluğu vardır. Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin mezuniyete esas mesleki yaz stajını 21 iş günü olmak üzere kuruluşunuzda yapmasında göstereceğiniz hassasiyet için teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

 **Staj Komisyonu Başkanı**

 **Dr. Öğr. Üyesi** Cuma ÇAKMAK

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı |  | T.C. Kimlik No |  |
| Öğrenci No |  | Öğretim Yılı |  |
| Sınıfı |  | Telefon No |  |
| İkametgâh Adresi | İl: İlçe: |

**STAJ YAPILACAK YERİN**

|  |  |
| --- | --- |
| Adı |  |
| Adresi |  |
| Üretim/Hizmet Alanı |  |
| Telefon No |  | Fax No |  |
| E-posta adresi |  | Web Adresi |  |
| Staja Başlama Tarihi | 01/07/2025 | Bitiş Tarihi | 30/07/2025 | Süresi (gün) | 21 |

**İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN**

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| Görev ve Unvanı |  | İmza / Kaşe |  |
| E-posta adresi |  |
| Tarih |  |
| **ÖNCEKİ STAJ BİLGİLERİ (Varsa)** | **TARİHİ** | **GÜN SAYISI** | **STAJ YERİ** |
| - |  |  21 |  |

 **SAĞLIK GÜVENCESİ ÖĞRENCİ İMZASI SGK İŞE GİRİŞ ONAYI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sağlık güvenceniz ile ilgili kutucuğu işaretleyiniz.Var Yok  | Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, staj yapacağımı taahhüt ettiğim adı geçen firma ile ilgili staj evraklarının hazırlanmasını saygılarımla arz ederim.Tarih:İmza: | Sosyal Güvenlik Kurumuna Staja Başlama Giriş İşlemi Stajdan Bir Hafta Önce Yapılacaktır.İ.İ.B.F. Fakülte SekreteriOktay GÜVENERTarih:İmza: |

**ÖNEMLİ NOT**:

-Staja başlama tarihinden **en az 30 gün önce (Mayıs Ayı Son Haftası)** kimlik fotokopisi ile birlikte öğrencinin bağlı bulunduğu ilgili Bölüm Sekreterliğine belgelerini teslim etmesi zorunludur.

-5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 87. Maddesinin (e) bendi hükümleri uyarınca öğrencimizin kurumunuzda zorunlu staj olarak yapacağı döneme ilişkin 20 iş günlük **“İş Kazası ve Meslek Hastalığı”** sigortası pirimi Üniversitemiz tarafından Sosyal Sigortalar Kurumu’na ödenecektir.

KGK-FRM-167/00

**Ek-1**

**T.C**

**DİCLE ÜNİVERSİTESİ İİBF SAĞLIK YÖNETİMİ BÖLÜMÜ**

**HASTANEDE STAJYER ÖĞRENCİ DEVAM DURUMUNU GÖSTERİR ÇİZELGE**

Öğrencinin Adı Soyadı:.....................................................................

Hastane Adı            :.....................................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| S.No. | Tarih | Tam günYarım Gün | Çalıştığı Kısım/Bölüm | Yapılan İş | Birim Yetkilisininİmzası |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |   |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |   |
| 4 |   |   |   |   |   |
| 5 |   |   |   |   |   |
| 6 |   |   |   |   |   |
| 7 |   |   |   |   |   |
| 8 |   |   |   |   |   |
| 9 |   |   |   |   |   |
| 10 |   |   |   |   |   |
| 11 |   |   |   |   |   |
| 12 |   |   |   |   |   |
| 13 |   |   |   |   |   |
| 14 |   |   |   |   |   |
| 15 |   |   |   |   |   |
| 16 |   |   |   |   |   |
| 17 |   |   |   |   |   |
| 18 |   |   |   |   |   |
| 19 |   |   |   |   |   |
| 20 |  |  |  |  |  |
| 21 |   |   |   |   |   |

# Ek-2

# DİCLE ÜNİVERSİSİTESİ İİBF SAĞLIK YÖNETİMİ BÖLÜMÜ (Günlük Staj Değerlendirme Formu)

|  |
| --- |
|                             |
| **Staj Tarihi** |   | Bölüm Yetkilisinin İmza ve Kaşesi |
| **Staj Yaptığı Bölüm** |   |

 Sayfa No:……………

 **Not: BU FORM YETERİ KADAR ÇOĞALTILACAKTIR.**

**Ek: 3**

**İşyeri Değerlendirme Formu** (İşyeri yetkilisi tarafından doldurulacaktır)

Öğrencinin                                                                  İşyerinin

Adı-Soyadı       :………………………………….        Adı       : …………………………………. Programı          :………………………………….        Adresi  : …………………………………. Staj Süresi        :………………………………….       Telefon : ………………………………….

Staj Başlama-Bitiş Tarihleri :

Eş güdüm. Öğr. Elemanı:                                      Eğitici Personelin: Adı-Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi Cuma ÇAKMAK Adı-Soyadı: ……………………………….

 **Sayın İşyeri Yetkilisi,**

 Bölümümüz müfredatında zorunlu olarak yapılması gereken ve işyerinizde uygulanan staj programıkapsamında süresini tamamlayan öğrencinin bilgi, beceri ve uygulamadan yararlanma derecesini ve ilişkileri ile davranışlarının niteliklerini belirleyebilmek için aşağıdaki tabloyu lütfen özenle doldurunuz ve **Değerlendirme Formunu kapalı zarf içerisinde mühür veya kaşe ile paraflayarak** öğrenciye elden teslim ediniz.

**Değerlendirme Tablosu**

|  |  |
| --- | --- |
| **Özellikler** | **Değerlendirme** |
| **Çok İyi****(100-85)** | **İyi****(84-65)** | **Orta****(64-39)** | **Geçer****(40-30)** | **Olumsuz****(0-29)** |
| İşe İlgi |   |   |   |   |   |
| İşin Tanımlanması |   |   |   |   |   |
| Alet Teçhizat Kullanma Yeteneği |   |   |   |   |   |
| Algılama Gücü |   |   |   |   |   |
| Sorumluluk Duygusu |   |   |   |   |   |
| Çalışma Hızı |   |   |   |   |   |
| Uygun ve Yeteri Kadar Malzeme Kullanma Becerisi |   |   |   |   |   |
| Zaman/Verimli Kullanma |   |   |   |   |   |
| Problem Çözebilme Yeteneği |   |   |   |   |   |
| İletişim Kurma |   |   |   |   |   |
| Kurallara Uyma |   |   |   |   |   |
| Genel Değerlendirme |   |   |   |   |   |
| Grup Çalışmasına Yatkınlığı |   |   |   |   |   |
| Kendisini Geliştirme İsteği |   |   |   |   |   |

 İŞYERİ STAJ AMİRİNİN

 ADI SOYADI

 İmza-Kaşe-Mühür

* *Değerlendirme Kısmını; Çok iyi (A), İyi (B), Orta (C), Zayıf (D), Olumsuz (E) şeklinde kodlayınız.*

**Bölüm Staj Sorumluları ve İletişim Numaraları:**

Fakülte İletişim Numarası: 0412 248 80 30-8181 Fax : 0412 248 83 48

Staj Genel Koordinatörü:

Dr. Öğr. Üyesi Cuma ÇAKMAK (8223)

Staj Sorumlusu Elemanı:

Dr. Öğr. Üyesi Cuma ÇAKMAK (8223), **cuma.cakmak@dicle.edu.tr**

Bölüm Sekreteri Eyüp SAKMAN (8230)