|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ECZACILIK FAKÜLTESİ ZORUNLU STAJ DEĞERLENDİRME FORMU T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ KURUMU (TİTCK) STAJI** | | | | |
| Doküman Kodu: ÜNV-ECZ-FRM-028 | Yayın Tarihi: 12.06.2023 | Revizyon No: 00 | Revizyon Tarihi: …/…/…… | Sayfa **1** / **2** |

Bu formun İşyeri Stajyer Sorumlusu tarafından doldurulması ve staj yapılan kurum tarafından onaylanması gerekmektedir. Formu daha sonra kapalı bir zarfa koyup, kapalı kısımları imza/kaşelendikten sonra öğrenciye teslim ediniz.

# STAJ YAPAN ÖĞRENCİNİN

Adı, Soyadı: ................................................................................

Numarası:...................................................................................

Staj Yapılan Tarih: ......................................................................

Çalıştığı İş Günü Sayısı:...............................................................

# STAJ YAPILAN KURUM

Firma Adı:...................................................................................

Adresi:........................................................................................

Telefon:......................................................................................

# STAJ YAPILAN BİRİM

İşyeri Stajyer Sorumlusu: ..........................................................

İşyeri Stajyer Sorumlusu Unvanı:...............................................

İmza: ..........................................................................................

Telefon:......................................................................................

E-posta:......................................................................................

# KURUM ONAYI

Onaylayan Kişinin

Adı, Soyadı: ................................................................................

Unvanı:.......................................................................................

Tarih:..........................................................................................

İmza/Mühür:..............................................................................

**ÖĞRENCİ HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER *(İşyeri Stajyer Sorumlusu Tarafından Doldurulacaktır.)***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | (5) Çok iyi | (4) İyi | (3) Orta | (2) Kötü | (1) Çok kötü |
| İş Disiplini |  |  |  |  |  |
| Mesleki Becerisi |  |  |  |  |  |
| Ortama Uyumu |  |  |  |  |  |
| Çevresindekilerle İlişkisi |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| metin, yazı tipi, tasarım, tipografi içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu | **ECZACILIK FAKÜLTESİ ZORUNLU STAJ DEĞERLENDİRME FORMU T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ KURUMU (TİTCK) STAJI** | | | | |
| Doküman Kodu: ÜNV-ECZ-FRM-001 | Yayın Tarihi: 26.08.2019 | Revizyon No: 00 | Revizyon Tarihi: …/…/…… | Sayfa **2** / **2** |

**Yeterlilik Derecesi; 5: Çok iyi, 4: İyi, 3: Orta, 2: Zayıf, 1: Yetersiz**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Öğrenim Hedefi (Staj Yapılan İlgili Birimdeki Altyapıya Göre, İşyeri Stajyer Sorumlusu Tarafından Doldurulacaktır.)** | **Yeterlilik Derecesi** | | | | |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. TİTCK’nın organizasyon şemasını bilir. |  |  |  |  |  |
| 2. TİTCK’nın görev ve sorumlulukları hakkında bilgi sahibidir. |  |  |  |  |  |
| 3. TİTCK’da eczacının görev ve sorumlulukları hakkında bilgi sahibidir. |  |  |  |  |  |
| 4. TİTCK’nın farklı dairelerinde bulunularak ilgili iş ve işleyiş hakkında bilgi sahibidir. |  |  |  |  |  |
| 5. Staj yapılan dairelerin iş tanımları hakkında bilgi sahibidir. |  |  |  |  |  |
| 6. Staj yapılan dairelerin işleyişleri hakkında bilgi sahibidir. |  |  |  |  |  |
| 7. Staj yapılan dairelerin iş ve işlemleri ile ilgili mevzuat hakkında bilgi sahibidir. |  |  |  |  |  |
| 8. Staj yapılan dairelerin özellikli işler hakkında bilgi sahibidir. |  |  |  |  |  |
| 9. Kamu kurumları genel çalışma prensipleri hakkında bilgi sahibidir. |  |  |  |  |  |

Eklemek İstedikleriniz:

**ÜNİVERSİTE ONAYI (DEKANLIK TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR)**

Önceki Gün Sayısı: Onaylayan:

Bu Stajda Kabul Edilen Gün Sayısı: Tarih:

Toplam Gün Sayısı: İmza: