

**ANADOLU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ
ÖĞRENCİ STAJ YÖNERGESİ**

**BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç ve Kapsam, Dayanak ve Tanımlar**

Amaç ve kapsam

MADDE 1 – Bu Yönerge, Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümünde öğrenim gören öğrencilerin; öğrenimleri sırasında kazandıkları bilgi ve becerilerini geliştirmeleri amacıyla yapmakla yükümlü oldukları stajın planlanmasına, uygulanmasına, denetlenmesine ve değerlendirilmesine ilişkin usul ve esasları düzenler.

Dayanak

MADDE 2 – Bu Yönerge, 3/9/2015 tarihli ve 29464 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren “Anadolu Üniversitesi Önlisans ve Lisans Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği”nin 8 inci maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 3 – Bu Yönergede geçen;

- a) **Bölüm:** Dil ve Konuşma Terapisi Bölümünü,
- b) **Bölüm Başkanı:** Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü Başkanı,
- c) **Dekan:** Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanını,
- ç) **Dekanlık:** Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığını,
- d) **DKT:** Kurumdaki/kuruluştaki stajdan sorumlu dil ve konuşma terapistini,
- e) **Fakülte:** Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesini,
- f) **Kurum/Kuruluş:** Bu Yönergenin 8 inci maddesinde tanımlanan ve öğrencinin zorunlu staj yapabileceği kamu ya da özel kurumu/kuruluşu,
- g) **Kurum/kuruluş Staj Yetkilisi:** Kurumlarda/kuruluşlarda staj faaliyetlerini yürütmekle yetkilendirilmiş dil ve konuşma terapistini veya kişiyi,
- ğ) **Öğrenci İşleri Birimi:** Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrenci İşleri Birimini,
- h) **Rektör:** Anadolu Üniversitesi Rektörünü,
- ı) **SGK:** Sosyal Güvenlik Kurumunu,
- i) **Staj Dersi Öğretim Elemanı:** Staj dersinden/derslerinden sorumlu bölüm öğretim elemanını,
- j) **Staj Komisyonu:** Dil ve Konuşma Terapisi Bölümünde staj faaliyetlerinin planlanması, koordinasyonu, yürütülmesi, denetlenmesi ve değerlendirilmesi için oluşturulan komisyonu,
- k) **Staj Komisyonu Başkanı:** Bölüm Başkanı tarafından görevlendirilen staj faaliyetlerinden sorumlu öğretim üyesini,
- l) **Üniversite:** Anadolu Üniversitesini,
- m) **Yaz Dönemi:** Bahar dönemi “Dönem Sonu Sınavları”nın bittiği tarihte başlayan ve güz dönemi derslerinin başladığı tarihte sona eren dönemi,
- n) **Yönetim Kurulu:** Sağlık Bilimleri Fakültesi Fakülte Yönetim Kurulunu ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

Stajın Amacı ve Staj Komisyonu

Stajın amacı

MADDE 4 – Stajın amacı, Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü öğrencisinin; öğrenim gördüğü programla ilgili iş alanlarını tanımasını, kurumlardaki/kuruluşlardaki uygulamaları öğrenmesini, eğitim-öğretim yoluyla edindiği bilgi ve becerileri uygulayarak mesleki deneyim kazanmasını sağlamaktır.

Staj Komisyonu

MADDE 5 – Stajın; planlanması, koordinasyonu, yürütülmesi, denetlenmesi ve değerlendirilmesi Staj Komisyonu tarafından gerçekleştirilir. Staj Komisyonu, Bölüm Başkanı tarafından bölüm öğretim üyeleri arasından seçilen 1 başkan ve öğretim elemanları arasından seçilen 2 üye olmak üzere toplam 3 üyeden oluşur. Seçilen üyeler 3 yıl süreyle görev yapar. Komisyon; staj dersi öğretim elemanları, akademik danışmanlar ve staj yapılan kurumlara/kuruluşlarla koordineli olarak çalışır ve staj işlemlerinin yürütülmesini sağlar.

Staj Komisyonunun görevleri

MADDE 6 – Staj Komisyonunun görevleri şunlardır:

- a) Stajla ilgili esasları (kılavuz vb.) belirlemek,
- b) Stajla ilgili başvuru sürecini izlemek,
- c) Öğrencilere, kurumlardan/kuruluşlardan staj yerleri sağlanmasına yardımcı olmak,
- ç) Staj belgelerinin bu Yönergeye uygunluğunu incelemek ve değerlendirmek,
- d) Stajın amacına ve kurallarına uygun yürütüldüğünü takip etmek; gerektiğinde staj yapılan kurumdan/kuruluştan öğrenci hakkında bilgi almak,
- e) Stajın başarılı olup olmadığı konusunda karar vermek,
- f) Staja ilişkin belgeleri “Öğrenci İşleri Birimi”ne sunmak,
- g) Staja ilişkin muafiyet taleplerini karara bağlamak üzere Yönetim Kuruluna sunmak,
- ğ) Stajını tamamlayan öğrencilerin bilgilerini “Öğrenci İşleri Birimi”ne yazılı olarak iletmek,
- h) Stajla ilgili diğer iş ve işlemleri yapmak.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM Staj

Uygulama Esasları

Staj dönemi ve staj süresi

MADDE 7 – Öğrenci, stajına IV. yarıyılın sonundan itibaren başlayabilir. Staj, esas olarak eğitim-öğretim faaliyetlerinin yapılmadığı; yaz döneminde yapılır. Öğrenci, kural olarak eğitim-öğretime devam ettiği sürece staj yapamaz. Ancak Yaz Okulunda veya Güz ve Bahar dönemlerinde haftada en az 3 işgünü dersi olmayan öğrenci, “Staj Komisyonu”nun kararıyla dersinin olmadığı günlerde, stajını yapabilir. Staj, kredili olup eğitim-öğretim planında V. yarıyılta yer alır ve harf notuyla değerlendirilir. Öğrencinin stajını tamamladığı dönemi takip eden ilk dönemde; staj dersi harf notu, transkriptine işlenir.

Öğrenci, 30 işgünü staj yapmak zorundadır. Staja devam zorunludur. Staj süresi “Staj Komisyonu”nun kararıyla en fazla ikiye bölünebilir. Geçerli mazeretler nedeniyle staja devam edilmeyen günler telafi edilir. Bu günler, toplam zorunlu staj süresinin %10’unu geçemez. Staj Komisyonu, staj süresiyle ilgili istisnai durumlarda, karar vermeye yetkilidir.

Mücbir sebep veya haklı bir gerekçeyle stajını tamamlayamayan öğrencinin tamamlamış olduğu staj süresinin stajından sayılıp sayılamayacağına, “Staj Komisyonu”nun önerisi üzerine Yönetim Kurulu karar verir.

Bölümden önlisans diploması alarak ayrılmak isteyen öğrenci, 20 işgünü staj yapmakla yükümlüdür. Bu durumdaki öğrencinin yaptığı staj, transkriptine harf notu olarak işlenmez ancak stajına ilişkin bilgilere transkriptinde yer verilir. Yandal Programında öğrenim gören öğrencinin staj işlemlerinde de aynı hükümler uygulanır.

Staj yapan öğrencinin staj süresindeki sigorta işlemleri, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereğince Üniversite tarafından gerçekleştirilir. 3308 sayılı Mesleki Eğitim Kanununa göre işverenin; staj ücretlerine işsizlik fonu katkısı kapsamında öğrenciye ücret ödeyecekse, “EK-6 Staj Ücretlerine İşsizlik Fonu Katkısı Öğrenci ve İşveren Bilgi Formu” doldurulur.

Öğrencinin staj yaptığı dönemdeki iş kazası ve meslek hastalığı sigorta primini, Üniversite öder. Sigorta işlemlerinin zamanında tamamlanabilmesi için öğrenci, staj başlangıç tarihinden en az 5 işgünü önce başvuru için gerekli tüm evrakı Öğrenci İşleri Birimine teslim etmekle yükümlüdür.

Staj yapılacak yerler

MADDE 8 – Öğrenci, stajını; bir kurum/kuruluştaki çalışmakta olup en az 1 yıllık iş deneyimi olan dil ve konuşma terapistinin denetiminde yapar. Öğrencinin staj yapmak istediği kurumun/kuruluşun uygunluğuna “Staj Komisyonu” karar verir. Staj yapılabilecek kurumlar/kuruluşlar şunlardır:

- a) Anadolu Üniversitesi Dil ve Konuşma Bozuklukları Eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi (DİLKOM),
- b) Hastanelerin ilgili uygulama merkezleri, bölüm ve klinikleri,
- c) Dil ve konuşma terapisti bulunan özel eğitim ve rehabilitasyon kurumları/kuruluşları,
- ç) Yaşlı bakım evleri ve huzurevleri,
- d) Fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezleri,
- e) Staj Komisyonu tarafından uygun bulunan kurumlar/kuruluşlar.

Yurt dışında staj yapmak isteyen öğrenci, değişim programı kapsamında stajını yapabileceği gibi kendi girişimiyle bulunduğu yurt dışındaki kurumda/kuruluştaki da “Staj Komisyonu”nun yazılı önerisi ve “Yönetim Kurulu”nun kararıyla stajını yapabilir. Kendi isteğiyle yurt dışında staj yapacak olan öğrenci için sosyal sigorta primi ödenmez.

Stajla ilgili belgeler

MADDE 9 – Staj sürecinde aşağıdaki belgeler kullanılır:

- a) **Staj Süreci Akış Şeması (EK-1):** Stajın başlangıcından bitimine kadar öğrencinin izleyeceği yolu gösteren şemadır.
- b) **Staj Başvuru ve Kabul Formu (EK-2):** : İnternet ortamından temin edilip öğrenci tarafından doldurulacak olan, öğrenciye ve stajın yapılacağı

kuruma/kuruluşa ait bilgilerin yer aldığı ve Staj Komisyonu ile Kurum/Kuruluş Staj Yetkilisinin onayını gösteren belgedir.

- c) **SGK İşe Giriş Bildirgesi:** Staj yapacak öğrencinin (sigortalının), SGK'ye bildirilen işe başlama tarihini gösteren belgedir. "Öğrenci İşleri Birimi" tarafından hazırlanır ve staj öncesinde öğrenciye verilir.
- ç) **Staj Devam Çizelgesi (EK-3):** Öğrencinin devam durumunu gösteren ve öğrenci tarafından staj yaptığı her gün imzalanmak üzere düzenlenen çizelgedir.
- d) **Staj Faaliyet İzleme Çizelgesi (EK-4):** Öğrenci tarafından staj yaptığı her gün için doldurulan ve "Kurum/Kuruluş Staj Yetkilisi"nce imzalanan,-yapılan staj faaliyetlerinin yer aldığı çizelgedir.
- e) **Kurum/Kuruluş Staj Değerlendirme Formu (EK-5):** "Kurum/Kuruluş Staj Yetkilisi"nin öğrencinin staj süresince yaptığı çalışmaları değerlendirmek için kullandığı ölçütlerin de yer aldığı belgedir. Bu belge "Kurum/Kuruluş Staj Yetkilisi" tarafından doldurularak kapalı zarf içinde "Öğrenci İşleri Birimi"ne teslim edilmek üzere staj bitiminde öğrenciye verilir ya da posta yoluyla Dekanlığa gönderilir.
- f) **Staj Raporu:** Belirlenen ölçütlere uygun olarak düzenlenen Staj Faaliyet İzleme Çizelgesi (EK-4), "Staj Raporu Sayfası" (EK-6), "Staj Raporu Kapak Sayfası" (EK-6a) ve "Staj Raporu İç Kapak Sayfası" (EK-6b) ndan oluşan; öğrencinin staj çalışmasını kapsayan rapordur.
- g) **Staj Ücretlerine İşsizlik Fonu Katkısı Öğrenci ve İşveren Bilgi Formu (EK-7):** Staj ücretlerine işsizlik fonu katkısını belirleyen belgedir.
- ğ) **Öğrencinin Staj Yerini ve Kurum/Kuruluş Staj Yetkilisini Değerlendirme Formu (EK-8):** Öğrencinin; staj yaptığı yeri, "Kurum/Kuruluş Staj Yetkilisi"ni, gözlemlerini ve stajdan beklentilerini özetleyen formdur.
- h) **Staj Ayrılış Formu (EK-9):** Öğrencinin herhangi bir nedenle stajını tamamlayamadığı durumda "Kurum/Kuruluş Staj Yetkilisi" tarafından düzenlenen formdur.
- ı) **Staj Komisyonu Staj Değerlendirme Formu (EK-10):** Staj süresi sonunda öğrencinin başarılı/başarısız olarak değerlendirilmesi amacıyla "Staj Komisyonu" tarafından düzenlenen belgedir.

Staj başvurusu

Madde 10 – Öğrenci staja başlamadan önce; "Staj Komisyonu" tarafından ilan edilen tarihlerde "Staj Süreci Akış Şeması" (EK-1) na uygun olarak "Staj Başvuru ve Kabul Formu" (EK-2) nu doldurur ve başvuru sürecini başlatır. Staja kabul edilen öğrenci; "Staj Devam Çizelgesi" (EK-3) ni, "Kurum/Kuruluş Staj Değerlendirme Formu" (EK-5) nu, "Staj Raporu" (EK-6) nu, "Staj Ücretlerine İşsizlik Fonu Katkısı Öğrenci ve İşveren Bilgi Formu (EK-7)" nu ve staj başvurusuyla ilgili diğer belgeleri Fakülte internet sayfasından temin eder. Öğrenci bu süreçte "Staj Komisyonu" tarafından hazırlanan ve Fakülte Kurulu tarafından onaylanan "Staj Kılavuzu" hükümlerine uymakla yükümlüdür.

Staj başvurusu kabul edilip ilgili belgelerini "Staj Birimi"ne teslim eden öğrenci, belirttiği tarihlerde staj yapacağını taahhüt etmiş sayılır. SGK işe başlangıç girişinin yapıldığı tarihte öğrencinin staja hiç başlamaması ve/veya herhangi bir nedenle stajı tamamlayamaması durumunda, sigorta çıkış işlemlerinin yapılabilmesi için öğrenci "Staj Ayrılış Formu" (EK-9) nu Kurum/Kuruluş Staj Yetkilisine onaylatarak en fazla 3 işgünü içinde "Staj Birimi"ne iletmekle yükümlüdür.

Staj yeri değişikliği

MADDE 11 – Öğrenci staja başladıktan sonra “Staj Komisyonu”nun onayı olmaksızın staj yeri değişikliği yapamaz. Staj yapılan kurumda/kuruluştaki; grev veya lokavt uygulaması, yangın, iflas, iş kazası; deprem, sel vb. doğal afetlerde veya öğrencinin stajın amacı dışında çalıştırılması vb. durumlarda “Staj Komisyonu”nun onayıyla öğrenci yeni bir staj yerinde staj süresini tamamlayabilir. Staj yeri değişikliğine ilişkin olarak bu Yönergede yer almayan ve stajyer öğrencinin bildirdiğı diğer mazeretler için karar almaya “Staj Komisyonu” yetkilidir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Stajın Uygulanması ve İzlenmesi, Değerlendirilmesi ve Staj Dersi Transferi

Stajın uygulanması ve izlenmesi

MADDE 12 – Öğrenci; “SGK İşe Giriş Bildirgesi”, “Staj Devam Çizelgesi” (EK-3) ve “Kurum/Kuruluş Staj Değerlendirme Formu” (EK-5), eğer işletme staj ücreti ödeyecekse “Staj Ücretlerine İşsizlik Fonu Katkısı Öğrenci ve İşveren Bilgi Formu” (EK-7) ile birlikte staj yapacağı kurumdaki/kuruluştaki “Kurum/Kuruluş Staj Yetkilisi”ne belgelerini teslim eder ve belirlenen tarihlerde stajını yapar. Bu belgeler, staj bitiminde “Kurum/Kuruluş Staj Yetkilisi” tarafından doldurulup onaylandıktan sonra, “Staj Komisyonu”na imza karşılığında teslim edilmek üzere, kurum/kuruluş kaşesi olan kapalı zarf içinde öğrenciye verilir ya da kurum/kuruluş tarafından posta yoluyla Dekanlığa gönderilir. Kurum/kuruluş kaşesi ve onayı olmayan formlar dikkate alınmaz.

Staj süresince yapılan çalışmalar, öğrenci tarafından Fakülte internet sayfasından sağlanacak “Staj Raporu Sayfaları”na düzenli olarak işlenerek her hafta sonunda “Kurum/Kuruluş Staj Yetkilisi”ne onaylatılır. İmza ve kaşe bulunmayan ve usulüne uygun olarak düzenlenmeyen “Staj Raporu” kabul edilmez.

Öğrenci, kurumdaki/kuruluştaki tüm hizmet ve faaliyetlerle ilgili olarak gizliliğı gerektiren kayıt ve konularda; hasta raporlarına/vaka raporlarına ilişkin kayıtlar hakkında başkalarına bilgi veremez ve etik ihlâli yapamaz. Kurum/kuruluş ile öğrenci arasında doğabilecek ihtilaflarda, Anadolu Üniversitesine husumet yöneltilemez ve Üniversite taraf gösterilemez.

Öğrenci; staj süresince “Yükseköğretim Kurumları Öğrenci Disiplin Yönetmeliğı” hükümlerine, staj yaptığı kurumun/kuruluşun çalışma ilkelerine, iş koşullarına, disiplin ve iş güvenliğine ilişkin kurallarına ve yasal düzenlemelere uymak zorundadır. Kurumlar/kuruluşlar, kurallara uymayan öğrencinin stajına son verebilir. Stajına son verilen öğrenci, “Staj Ayrılış Formu” (EK-9) nu doldurtup, durumu en geç 3 işgünü içinde Dekanlığa bildirir. Bu durumdaki öğrenci, stajını tekrarlar.

Öğrenci; “Staj Raporu”nu, varsa ekleriyle birlikte, stajın bitimini izleyen akademik yarıyılın ilk 15 günü içinde; mezuniyet aşamasına gelmiş öğrenci ise 1 ay içinde bir dosya hâlinde ve imza karşılığında “Öğrenci İşleri Birimi”ne teslim eder. Bu tarihten sonra getirilen staj evrakı, değerlendirmeye alınmaz.

“Staj Komisyonu”, öğrencinin staj yerinde denetlenmesini sağlamak üzere gerekli sayıda öğretim elemanını görevlendirmesi için Dekanlığa başvurabilir. Denetleme; öğrencinin staj yaptığı kurumda/kuruluştaki ziyaret edilmesi, kurum/kuruluş staj yetkililerinden görüş alınması vb. şeklinde yapılabilir. Denetlemenin esasları ve kapsamı, “Staj Komisyonu” tarafından ilgili öğretim elemanına/elemanlarına yazılı olarak bildirilir.

Stajın değerlendirilmesi

MADDE 13 – Öğrencinin stajının başarılı kabul edilebilmesi için staj yapılan kurum/kuruluş tarafından doldurulan “Kurum/Kuruluş Staj Değerlendirme Formu”ndaki “Değerlendirme Notu”nun 100 üzerinden en az 50 olması ön koşuldur. Verilen not 50’nin altında ise öğrenci “Staj Komisyonu” tarafından stajda başarısız sayılır. “Kurum/Kuruluş Staj Değerlendirme Formu”, “Staj Raporu”, stajla ilgili ek bilgi ve belgelerin değerlendirmesi “Staj Komisyonu” tarafından yapılır. Öğrencinin stajıyla ilgili sözlü sınava girebilmesi için “Staj Komisyonu”nun verdiği “Değerlendirme Notu”nun da 100 üzerinden en az 50 olması gerekir. Verilen not 50’nin altında ise öğrenci “Staj Komisyonu” tarafından stajda başarısız sayılır ve stajını tekrar yapar. Öğrenci, “Staj Komisyonu”nun stajın değerlendirilmesine ilişkin kararına karşı, kararın ilan tarihini izleyen 5 işgünü içinde Dekanlığa yazılı olarak itirazda bulunabilir. İtiraz, “Staj Komisyonu”nun görüşü alınarak Yönetim Kurulu tarafından karara bağlanır.

“Staj Komisyonu” tarafından yapılan değerlendirmede 100 puan üzerinden en az 50 puan alan öğrenci, sözlü sınava alınır. Sözlü sınav tarihi, 15 gün önceden ilan edilir. Sözlü sınav “Staj Komisyonu” tarafından belirlenen üçer kişilik “Staj Sınav Jürileri” tarafından yapılır ve staj programlarıyla mesleki konuları kapsar. Öğrencinin başarı notu; “Staj Komisyonu” tarafından yapılan değerlendirmenin %70’i, sözlü sınav sonucunun %30’u alınarak hesaplanır. Başarı notu, Çizelge 1’deki not dönüşüm aralıkları kullanılarak harf notuna dönüştürülür. Sözlü sınav sonunda oluşan harf notuna göre başarısız olan öğrenci, 20 gün içinde yeniden sözlü sınava alınır. Sözlü sınavda 3 kez başarısız olan öğrenci stajını tekrarlar. Stajı başarılı bulunan öğrencinin staj bilgisi “Not Durum Belgesi”ne işlenmek ve öğrencinin dosyasına diğer belgelerle birlikte konulmak üzere Bölüm Başkanlığı tarafından Dekanlığa iletilir.

Çizelge 1. Not Dönüşüm Aralıkları

Mutlak Sistemde Not Aralığı	Kredili Sistemdeki Harf Notu Karşılığı	Kredili Sistemdeki Not Karşılığı
84–100	AA	4,00
77–83	AB	3,70
71–76	BA	3,30
66–70	BB	3,00
61–65	BC	2,70
56–60	CB	2,30
50–55	CC	2,00
0–49	FF	0,00

Mezuniyeti için sadece staj dersi kalan öğrenci, katkı payı ödemeksizin ilgili döneme ait kayıt yenileme tarihlerinde kaydını yeniletir. Kaydını yeniletmeyen öğrenci staj yapamaz.

Staj dersi transferi

Madde 14 – Dil ve Konuşma Terapisi Bölümüne yatay geçişle gelen öğrencinin; geldiği yükseköğretim kurumunda kayıtlı olduğu sürede yaptığı stajın bir kısmının veya tamamının, “Staj Komisyonu” nun önerisi ve “Fakülte Yönetim Kurulu”nun kararıyla

transfer edilmesi kabul edilebilir. Sözlü sınava ilişkin 13 üncü maddedeki hükümler geçerlidir. Öğrenci; staj dersi transferi için başvuruyu, ilk kayıt yaptırdığı dönemin 2 nci haftası sonuna kadar yapmak zorundadır.

BEŞİNCİ BÖLÜM Çeşitli ve Son Hükümler

Hüküm bulunmayan hâller

MADDE 15 – Bu Yönergede hüküm bulunmayan hâllerde 3/9/2015 tarihli ve 29464 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan “Anadolu Üniversitesi Önlisans ve Lisans Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği” hükümleri ile 18/8/2012 tarihli ve 28388 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan “Yükseköğretim Kurumları Öğrenci Disiplin Yönetmeliği” hükümleri uygulanır.

Yürürlükten kaldırılan Yönerge

MADDE 16 – Bu Yönergenin yürürlüğe girmesiyle 25/6/2014 tarihli ve 5/5 sayılı Anadolu Üniversitesi Senato Kararıyla kabul edilen “Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü Zorunlu Staj Yönergesi” yürürlükten kaldırılmıştır.

Yürürlük

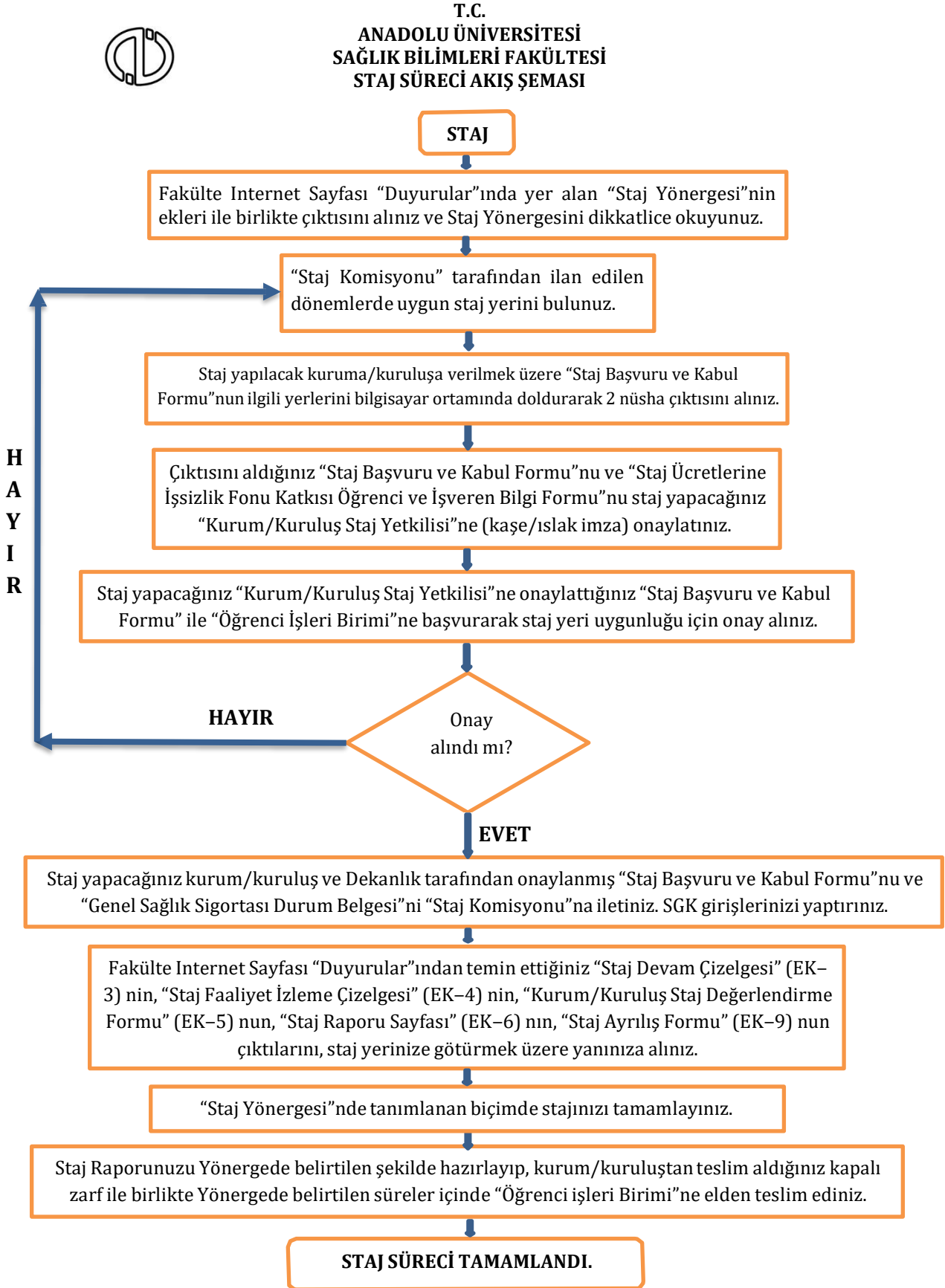
Madde 17 – Bu Yönerge, Senato tarafından onaylandığı tarihte yürürlüğe girer.

Yürütme

Madde 18 – Bu Yönergeyi, Anadolu Üniversitesi Rektörü yürütür.

	YÜRÜRLÜĞE GİRİŞ		
	Senato Karar Tarihi	Senato Karar Sayısı	
	8/5/2018	4/6	
	DEĞİŞİKLİK		
	Tarihi	Sayısı	Değişiklik Yapılan Maddeler
1			
2			
3			

EK-1. Staj Süreci Akış Şeması



EK-2. Staj Başvuru ve Kabul Formu

T.C.
**ANADOLU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK
BİLİMLERİ FAKÜLTESİ STAJ
BAŞVURU VE KABUL FORMU¹**

Fotoğraf

Sayı :
Konu : Staj Başvurusu

...../...../.....

İlgili Makama,

Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü öğrencilerinin mezun olabilmeleri için eğitimleri ile ilgili kurum/kuruluşlarda staj yapma zorunlulukları vardır. Staj için öğrencilerin sigorta işlemleri 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası gereğince Fakülte tarafından yapılmaktadır. Aynı Kanunun 13 üncü maddesinin ikinci fıkrasının (a) bendi gereğince stajyerin işyeri kazasına uğraması durumunda aynı gün içinde yetkili kolluk kuvvetlerine ve Fakültemize bilgi verilmesi zorunludur. Ayrıca öğrenciye staj ücreti ödenmesi durumunda “Öğrenci ve İşveren Bilgi Formu” (EK-6) nun doldurulması zorunludur.

Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin kurum/kuruluşunuzda gün staj yapmasının uygun görülmesi durumunda formun ilgili bölümünün doldurulması ve onaylanarak Fakültemize iletilmesini arz/rica ederim.

Dekan

ÖĞRENCİ KİMLİK BİLGİLERİ

Adı-Soyadı	.....
T.C. Kimlik Numarası/Pasaport No	.....
Sınıfı/Dönemi	/.....
Adresi	.....
Telefon Numarası (Cep Telefon No.)	.....
E-posta Adresi	@anadolu.edu.tr
SGK Kaydı	Var ☐ Yok ☐

STAJ YAPILACAK KURUM/KURULUŞ BİLGİLERİ

Kurum/Kuruluş Adı	.....
Kurum/Kuruluş Adresi	.....
Kurum/Kuruluş Hizmet Alanı	.....
Telefon/E-posta	/.....
Kurum/Kuruluş Web Adresi	.....

Yukarıda belirttiğim bilgilerin doğruluğunu, aşağıda belirtilen tarihler arasında günlük stajımı yapacağımı, stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajıma başlamamama veya stajdan vazgeçmem hâlinde en az 3 işgünü önceden “Öğrenci İşleri Birimi”ne bilgi vereceğimi aksi taktirde SGK prim ödemeleri nedeniyle doğabilecek maddi zararları karşılayacağımı; staj süresince öğrendiğim olayları, kişileri, isimleri ve diğer bilgileri üçüncü kişilerle paylaşmayacağımı, paylaştığım takdirde her türlü sorumluluğu üstleneceğimi beyan ve taahhüt ederim.

Öğrencinin İmzası :

Öğrencinin Adı-Soyadı :/...../.....

Yukarıda kimlik bilgileri bulunan öğrencinin kurumunuzda / kuruluşunuzda günlük ZORUNLU STAJINI YAPMASI UYGUN GÖRÜLMÜŞTÜR ☐ GÖRÜLMEMİŞTİR ☐	Kurum/Kuruluş Yetkilisi İsmi Adı-Soyadı : İmzası : Tarih :/...../.....
---	---

ÖĞRENCİNİN;

BAŞVURU YAPTIĞI STAJ TÜRÜ:	
STAJ BAŞLAMA TARİHİ :/...../.....	Staj Süresi : gün
STAJ BİTİŞ TARİHİ :/...../.....	

Staj Komisyonu Başkanı

ÖNEMLİ NOT : Öğrencinin bu formu staja başlamadan önce “Staj Yönergesi”nde belirtilen tarihe kadar

“Öğrenci İşleri Birimi”ne teslim etmesi zorunludur. Bu form **2 asıl kopya** olarak hazırlanmalıdır. Kopyalardan biri kurum/kuruluşta kalacak, diğeri “Öğrenci İşleri Birimi”ne öğrenci tarafından teslim edilecektir.

APP.-2. Internship Application and Acceptance Form

T.R. ANADOLU UNIVERSITY FACULTY OF HEALTH SCIENCES INTERNSHIP APPLICATION AND APPROVAL FORM¹		Photo
Issue: / ... / Subject: Internship Application		
To Whom It May Concern, Students of the Faculty of Health Sciences Department of Speech and Language Therapy are required to complete an internship at institutions/organizations pertaining to their education. As per the sub-paragraph (a) of the second paragraph of article 13 of the aforementioned Law, in the event that an occupational accident occurs, the authorized law enforcers as well as our faculty have to be notified. If our student, whose information and record(s) are given below, is accepted as an intern in your company for days, please fill in and confirm the required fields of this form below and send it back to our faculty.		
Dean		
ID INFORMATION OF THE STUDENT		
Name-Surname	.....	
ID Number/Passport Number	.....	
Class/Semester	/.....	
Address	.....	
Phone Number	Phone: Mobile:	
E-mail Address	@anadolu.edu.tr	
Registered in Social Security System	Yes ☐	No ☐
INTERNSHIP INFORMATION		
Name of the Internship Place	.....	
Internship Organization Address	.....	
Internship Organization's Field of Operation	.....	
Authorized Person	/.....	
Phone Number /E-mail	.....	
Web Address of Internship Place	.....	
I hereby declare and guarantee that the information and record(s) submitted as indicated above are correct and I will carry out days internship programme and in case I fail to start or have to withdraw from the internship programme or have made any changes to my internship, I will submit the " <i>Internship Site Change/Cancellation Form</i> " to the Office for Student Affairs of the Faculty at least 10 days in advance; otherwise I will compensate for the pecuniary damages which may arise due to the unpaid Social Security premiums.		
Name and Surname of Student:/...../..... Student's Signature :		
IT IS APPROPRIATE/NOT APPROPRIATE to have daily compulsory internship of the student in our <u>institution/organization</u> whose ID information is above.	<u>Institution/Organization or Authorized Person</u> Name-Surname : Signature : Date :/...../..... Seal/Stamp :	
STUDENT'S;		
INTERNSHIP TYPE APPLIED TO:		
INTERNSHIP START DATE :/...../.....	INTERNSHIP DURATION: days	
INTERNSHIP COMPLETION DATE :/...../.....		
Head of Internship Commission		
Name-Surname : Signature :		

ATTENTION: The student must deliver this form during the indicated period in the Directive of Internship before start of internship to the **Office for Student Affairs of the Faculty**. This form must be prepared in **two original copies** (one copy for the Institute/Organization, one copy for the Office for Student Affairs of the Faculty.).



T.C.
ANADOLU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ
STAJ DEVAM ÇİZELGESİ

ÖĞRENCİNİN;	
Adı-Soyadı	.....
T.C. Kimlik Numarası	.....
Staj Yapılan Kurum/Kuruluş	.....

GÜN	TARİH	İMZA	GÜN	TARİH	İMZA
1	.../.../.....		16	.../.../.....	
2	.../.../.....		17	.../.../.....	
3	.../.../.....		18	.../.../.....	
4	.../.../.....		19	.../.../.....	
5	.../.../.....		20	.../.../.....	
6	.../.../.....		21	.../.../.....	
7	.../.../.....		22	.../.../.....	
8	.../.../.....		23	.../.../.....	
9	.../.../.....		24	.../.../.....	
10	.../.../.....		25	.../.../.....	
11	.../.../.....		26	.../.../.....	
12	.../.../.....		27	.../.../.....	
13	.../.../.....		28	.../.../.....	
14	.../.../.....		29	.../.../.....	
15	.../.../.....		30	.../.../.....	

KURUM/KURULUŞUN STAJDAN SORUMLU

PERSONELİNİN: Adı-Soyadı :
..... Unvanı :
..... İmza Mühür :
.....

ÖNEMLİ NOT:

- x Öğrenci izinli olduğu günlerde imza atmayacak ve izinli olduğu günleri **“Staj Devam Çizelgesi”nde belirtmeyecektir.**
- x Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü öğrencisi “Staj Yönergesi”nde belirtilen esaslara göre 30 işgünü staj yapmak zorundadır.
- x Öğrenci raporlu olduğu günleri ve raporunu aynı gün içinde “Staj Komisyonu”na **bil dirmek zorundadır.**
- x Bu formun “Kurum/Kuruluş Değerlendirme Formu” ile birlikte kapalı zarf içinde öğrenci/posta aracılığıyla Fakülteye gönderilmesi arz/rica olunur.



T.R.
ANADOLU UNIVERSITY
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
DEPARTMENT OF SPEECH AND LANGUAGE THERAPY
ATTENDANCE CHART

Name-Surname of the Student	.....
ID Number	.....
Institution/Organization	.....

DAY	DATE	SIGNATURE	DAY	DATE	SIGNATURE
1	.../.../.....		16	.../.../.....	
2	.../.../.....		17	.../.../.....	
3	.../.../.....		18	.../.../.....	
4	.../.../.....		19	.../.../.....	
5	.../.../.....		20	.../.../.....	
6	.../.../.....		21	.../.../.....	
7	.../.../.....		22	.../.../.....	
8	.../.../.....		23	.../.../.....	
9	.../.../.....		24	.../.../.....	
10	.../.../.....		25	.../.../.....	
11	.../.../.....		26	.../.../.....	
12	.../.../.....		27	.../.../.....	
13	.../.../.....		28	.../.../.....	
14	.../.../.....		29	.../.../.....	
15	.../.../.....		30	.../.../.....	

INSTITUTION/ORGANIZATION AUTHORITY

Name and Surname :

Title :

Signature/Stamp :

NOTES:

- x The student will **not sign the chart** on his/her off days and **will not state** the off days on the chart.
- x A student registered of Department of Speech and Language Therapy has to carry out internship for 30 work days according to the elements stated in the Directive of Internship.
- x The student has to compensate for the days he/she reported sick and **has to submit** the medical report to the Internship Commission within the same day.
- x This form is to be submitted together with the "Institution/Organization Student Evaluation Form" to the Faculty by the student or via postal service.

EK-4. Staj Faaliyet İzleme Çizelgesi



**T.R. ANADOLU
UNIVERSITY
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ
STAJ FAALİYET İZLEME ÇİZELGESİ**

Stajyerin Adı-Soyadı :
Staj Yapılan Kurumun Adı :

Staj Yapılan Yıl/Dönem :/.....

KSB= Konuşma sesi (Artikülasyon-Fonolojik) Bozukluk
KK= Kekemelik
S= Ses YU=
Yutma AF=Afazi
DİL=Dil bozuklukları
MKB= Motor Konuşma Bozuklukları
İ= İşitme bozuklukları
DDY= Dudak-Damak ve Baş-Yüz Anomali

Y: Yetişkin, Ç: Çocuk, D: Değerlendirme, T: Terapi

Gün	Tarih	Açıklama				Gözlenen Bozukluk Türü	Süre (Dakika)	Sorumlu DKT'nin Terapi Seansında Yaptığı Faaliyet	Staj Yeri DKT Adı-Soyadı İmzası
		Y	Ç	D	T				
1.	.../.../.....								
2.	.../.../.....								
3.	.../.../.....								
4.	.../.../.....								
5.	.../.../.....								
6.	.../.../.....								
7.	.../.../.....								
8.	.../.../.....								
9.	.../.../.....								
10.	.../.../.....								
11.	.../.../.....								
12.	.../.../.....								
13.	.../.../.....								
14.	.../.../.....								
15.	.../.../.....								
16.	.../.../.....								
17.	.../.../.....								
18.	.../.../.....								
19.	.../.../.....								
20.	.../.../.....								
21.	.../.../.....								
22.	.../.../.....								
23.	.../.../.....								
24.	.../.../.....								
25.	.../.../.....								
Toplam Saat/Dakika									
Onaylayan Danışmanın Adı-Soyadı ve İmzası									

APP.-4. Daily Therapy and Observation Hour Log

**T.R. ANADOLU UNIVERSITY
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
DEPARTMENT OF SPEECH AND LANGUAGE THERAPY
DAILY THERAPY AND OBSERVATION HOUR LOG**

Intern SLP Name-Surname : **Semester of Internship** :/.....
Name of Internship Placement :

A: Adult, C: Child, As: Assessment, T: Therapy

Ar= Articulation and/or Phonological Disorders
St= Stuttering
V= Voice
Dys= Dysphagia
Aph= Aphasia
LD= Language Disorders MSD=
Motor Speech Disorders HD=
Hearing Disorders
CLP= Cleft Lip and Palate, Craniofacial Anomalies

Day	Date	Type of Observation				Type of Disorder Observed	Duration (Minutes)	Definition of Therapy Task/Activity	SLT Name-Surname, Signature
		A	C	As	T				
1.	.../.../.....								
2.	.../.../.....								
3.	.../.../.....								
4.	.../.../.....								
5.	.../.../.....								
6.	.../.../.....								
7.	.../.../.....								
8.	.../.../.....								
9.	.../.../.....								
10.	.../.../.....								
11.	.../.../.....								
12.	.../.../.....								
13.	.../.../.....								
14.	.../.../.....								
15.	.../.../.....								
16.	.../.../.....								
17.	.../.../.....								
18.	.../.../.....								
19.	.../.../.....								
20.	.../.../.....								
21.	.../.../.....								
22.	.../.../.....								
23.	.../.../.....								
24.	.../.../.....								
25.	.../.../.....								
Total Hours/Minutes									
Faculty Supervisor's Name-Surname and Signature									

EK-5. Kurum/Kuruluş Staj Değerlendirme Formu

**T.C. ANADOLU
ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ
KURUM/KURULUŞ STAJ DEĞERLENDİRME FORMU**

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı-Soyadı : Staja Başlama Tarihi :/...../.....
T.C. Kimlik No : Stajdan Ayrılış Tarihi :/...../.....
Telefon Numarası :
Öğrencinin Sürekli Adresi :

ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU*					
NO	KURUMSAL BECERİLER	İYİ (4)	YETERLİ (2)	ZAYIF (1)	GÖZLENMEDİ (0)
1.	Kurumun disiplin kurallarına ve iş saatlerine uyması				
2.	Kılık-kıyafetine, kişisel bakım ve temizliğine özen göstermesi				
3.	İstek, öneri ve verilen ödevleri yerine getirme yetkinliği				
4.	Takım çalışmasına, işbirliğine ve iş bölümüne açıklığı ve yatkınlığı				
5.	Sorumluluk bilinci				

NO	KİŞİSEL/ÖZE-DÖNÜK VE KİŞİLERARASI İLETİŞİM BECERİLERİ	İYİ (4)	YETERLİ (2)	ZAYIF (1)	GÖZLENMEDİ (2)
1.	Kararlılığı, ilgili olması, istekliliği ve yüksek motivasyon becerisi				
2.	Ciddiyeti, dürüstlüğü, samimiyeti, empatik ve güvenilir davranış özellikleri sergilemesi				
3.	Saygı ve nezaket davranışı sergilemesi; çok kültürlülüğe ve çok dilliliğe anlayış göstermesi				
4.	Uyumluluğu ve güler yüzlülüğü; pozitif tutum ve öngörü becerisi				
5.	Eleştirileri açıklığı ve öz eleştiri yaparak bunu kendi performansına yansıtabilmesi				
6.	Uzmanlarla ve diğer kurum çalışanlarıyla etkili iletişim kurabilme becerisi				
7.	Vakalarla/hastalarla/danışanlarla ve aileleriyle etkili iletişim kurabilme becerisi				
8.	Dinleme, soru sorma ve bilgiyi verme veya öğrenme sırasında etkili ve doğru iletişim kurabilme becerisi				
9.	Bağımsız ve kendine yetebilen bir şekilde çalışabilme becerisi				

NO	MESLEKİ BECERİLER	İYİ (4)	YETERLİ (2)	ZAYIF (1)	GÖZLENMEDİ (2)
1.	Mesleki rol ve sınırlarının farkında olması, etik kuralları izlemesi ve uygun biçimde davranması				
2.	İletişim ve yutma bozukluğunun, kişi/yakın çevresi üzerindeki psikolojik, sosyal, tıbbi etkilerinin ve farklı ortam, durumların danışanın/hastanın sorunları üzerindeki etkilerinin farkında olması				
3.	En geçerli bilgiyi bulma amaçlı bilimsel literatür tarayabilme becerisi				
4.	Yeni durumlarda yaratıcı ve orijinal çözümler üretebilme becerisi				
5.	İletişim ve yutma bozukluğunun nedenleri konusunda farkındalık ve önleme çalışmalarına katılım düzeyi				
6.	Değerlendirmede kullanılan görüşme, anket, gözlem ve tarama gibi klinik ölçme araçlarını, formal ve informal değerlendirme yöntemlerini bilebilirliği				
7.	Değerlendirme sürecine katılım düzeyi; bu amaçla (dil ve konuşma örneği gibi) veri toplama ve aktarma becerisi				
8.	Değerlendirme sonucuna göre dil ve konuşma terapisinin gerekliliği, sonuçları ve prognozu üzerinde tartışabilme becerisi				
9.	Özgün terapi yöntemlerinin mantığını ve ilkelerini anlama yeteneği				
10.	Bireye özgü terapi planı hazırlayabilme becerisi				
11.	Bireysel plana uygun terapi materyali hazırlama ve ürün geliştirme becerisi				
TOPLAM PUAN					

A SAĞIDAKİ BÖLÜMLERİ AÇIKLAYICI ŞEKİLDE YAZMANIZI ARZ/ RICA EDERİZ.	
1.	Öğrencinin en güçlü yönleri nelerdir?
2.	Öğrencinin eksik bulduğunuz yönleri nelerdir?
3.	Öğrencinin Sağlık Bilimleri Fakültesinde aldığı eğitim-öğretimin kalitesi konusunda genel görüşünüzü belirtiniz.
4.	Bu öğrenciyi mezuniyetten sonra istihdam etmeyi düşünür müsünüz?
5.	Öğrencilerin daha iyi yetişebilmeleri için ek önerileriniz varsa lütfen belirtiniz.

Ayırdığımız zaman ve emek için teşekkür ederiz.

Bu Bölüm Kurum/Kuruluş Yetkilileri Tarafından Doldurulacaktır.

STAJ YERİ BİLGİLERİ

Staj Yeri Adı :
Staj Yeri Adresi :
Telefon /Fax : /
İnternet Adresi :

KURUM/KURULUŞUN STAJDAN SORUMLU PERSONELİNİN;

Adı-Soyadı :
Unvanı :
İmza-Mühür :

* Bu formun Kurum/Kuruluş Staj Sorumlusu tarafından doldurulduktan sonra "Staj Devam Çizelgesi" ile birlikte kapalı ve mühürlü zarf içinde öğrenciyle veya posta yoluyla Fakülteye gönderilmesi gerekmektedir.

APP.-5. Institution/Organization Student Internship Evaluation Form



**T.R. ANADOLU UNIVERSITY FACULTY OF HEALTH
SCIENCES DEPARTMENT OF SPEECH AND LANGUAGE
THERAPY**

INSTITUTION/ORGANIZATION INTERNSHIP EVALUATION FORM

Name-Surname : Phone Number :
ID Number : Internship Start Date :/...../.....
Programme : Internship End Date :/...../.....
Permanent Address :

INTERN EVALUATION FORM*					
NO	INSTITUTIONAL ABILITY	OOD (4)	SATISFACTORY (2)	POOR (1)	NOT OBSERVED (0)
1.	Obeys the rule of institution, working hours, shows continuity				
2.	Takes care of appearance, self-care and cleaning				
3.	Performs request, suggestions and tasks				
4.	Open and inclined to teamwork, collaboration and work sharing				
5.	Shows responsibility and hard work				

NO	INDIVIDUAL AND INTERPERSONAL COMMUNICATION SKILLS	OOD (4)	SATISFACTORY (2)	POOR (1)	NOT OBSERVED (0)
1.	Shows stability, interest, cooperation, willingness and high motivation skills				
2.	Is serious, honest, sincere, emphatic and trustworthy				
3.	Shows respect and courtesy; show understanding multi-culturalism and multilingualism				
4.	Is compatible, friendly, positive and shows foresight				
5.	Accepts criticism and makes self-criticism; be able to reflect to self-performance				
6.	Able to communicate effectively with other professionals and employees				
7.	Able to communicate effectively with case/patients/client and their families				
8.	Listens; asks questions; and able to communicate effectively during family/subject informing and learning				
9.	Ability to work independently and self-sufficiently				

NO	PROFESSIONAL QUALIFICATIONS	OOD (4)	SATISFACTORY (2)	POOR (1)	NOT OBSERVED (0)
1.	Aware of Professional roles and limits, obey ethical rules and behaviors				
2.	Aware of the psychological, social medical effects of communication and swallowing disorder on patient's/ immediate vicinity's and aware of the effects of different situation on client's/ patient's problem				
3.	Able to find the most valid information, be able to do literature review				
4.	Ability to produce creative and original solutions on new circumstances				
5.	Knows the reason of communication and swallowing disorders, and participates in prevention programs				
6.	Knows the formal and informal clinical measurement tools (interview, survey, observation form)				
7.	Participate in evaluation process (collect data for language/speech sample, writes transcripts)				
8.	Able to discuss speech and language and speech needs according to assessment results.				
9.	Makes sense of methods of specific therapy and procedures				
10.	Ability to prepare individualized therapy plan, writes objectives and lists the tasks in a hierarchy				
11.	Prepares individualized therapy material and develops related materials				
TOPLAM PUAN					

A SA ĞIDAK İ BÖ LÜ M LE Rİ A ÇIK LA YICI Ş E K İ LDE Y AZMA N IZI A RZ/ Rİ CA E DE Rİ Z.	
1.	Intern's strengths
2.	Intern's weaknesses
3.	General opinions about the quality of intern's education provided by vocational school?
4.	Would you consider to employ this intern after his/her graduation?
5.	If any, additional suggestions:
Thank you for your time and effort.	

This part will be filled by authorized staff of the establishment.

INSTITUTIONAL/ORGANIZATIONAL INFORMATION

Name :
Address :
Telephone/Fax: /
Web Address :

INSTITUTIONAL/ORGANIZATIONAL AUTHORITY

Name-Surname :
Title :
Signature/Stamp :

* This form is to be filled by Institution/Organization Authority and then to be submitted together with the "Attendance Chart" to the Faculty by the student or via postal service.



T.C.
ANADOLU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ
STAJ RAPORU SAYFASI ÖRNEĞİ

ÖĞRENCİNİN ÇALIŞTIĞI BÖLÜM:

TARİH: / /

KONTROL EDEN BİRİM SORUMLUSU:
İMZA, KAŞE/MÜHÜR :



T.R.
ANADOLU UNIVERSITY
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
SPEECH AND LANGUAGE DEPARTMENT
TRAINING REPORT PAGE

THE NAME OF THE DEPARTMENT WORKED AS INTERN:

DATE: / /

APPROVAL OF THE AUTHORIZED PERSON FOR INTERNSHIP:

SIGNATURE, COMPANY STAMP/SEAL :



**T.C.
ANADOLU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ**

(Times New Roman, Kalın, 18 Font)

Staj Raporu

(Times New Roman, Kalın, 22 Font)

Öğrencinin

Adı – Soyadı :
T.C. Numarası :

(Times New Roman, Kalın, 16 Font)

ESKİŞEHİR

(Times New Roman, Kalın, 14 Font)



**TR.
ANADOLU UNIVERSITY
SPEECH AND LANGUAGE DEPARTMENT
TRAINING REPORT PAGE**

(Times New Roman, Bold, 18 pt Font)

Internship Report

(Times New Roman, Bold, 22 pt Font)

Student's

Name and Surname :
ID Number :

(Times New Roman, Kalın, 16 Font)

ESKİŞEHİR

(Times New Roman, Kalın, 14 Font)



T.C.
ANADOLU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ
STAJ RAPORU İÇ KAPAK SAYFASI

Fotoğraf

Ö Ğ RENCİNİN:

Adı-Soyadı :
T.C. Numarası :
Bölümü :
Kayıt Yılı :

STAJ YA PILAN KU RUM / KURU LU ŞU N :

Adı :
Adresi :
Telefon :
Faks :
E-mail :
Stajın Başlangıç Tarihi :
Stajın Bitiş Tarihi :

STAJ YA PILAN KU RUM / KURU LU ŞU N STAJDAN SO RUM LU PERSO NELİNİN:

İmza-Mühür :
Unvanı :
Adı-Soyadı :



**T.R. ANADOLU UNIVERSITY
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
SPEECH AND LANGUAGE DEPARTMENT
INTERNSHIP REPORT INNER COVER PAGE**

STUDENT'S:

Name–Surname :
ID Number :
Department :
Registration Year :

Photo

INSTITUTION/ORGANIZATION:

Name :
Address :
Phone :
Fax :
E-mail :@.....
Internship Start Date :
Internship End Date :

INSTITUTION/ORGANIZATION AUTHORIZED PERSON FOR INTERNSHIP:

Signature-Seal :
Title :
Name–Surname :

STAJ ÜCRETLERİNE İŞSİZLİK FONU KATKISI ÖĞRENCİ VE İŞVEREN BİLGİ FORMU

3308 Sayılı Mesleki Eğitim Kanununa göre işletmelerde Mesleki Eğitim Gören Öğrencilerin Ücretlerinin bir kısmının işsizlik sigortası fonundan karşılanmasına ilişkin usul ve esasları kapsamında staj yapan ve ücret alan öğrencilerin işyerlerine "işletmede yirmiden az personel çalışıyor ise asgari ücretin net tutarının %30'unun üçte ikisi, yirmi ve üzeri personel çalışıyor ise asgari ücretin net tutarının %30'unun üçte biri" devlet katkısı olarak yatırılacaktır.

NOTLAR:

- x Kamu kurum ve kuruluşları bu kapsam dışındadır. Kamu kurum ve kuruluşlarında staj yapan öğrenciler için bu form doldurulmamalıdır.
- x Öğrenci kurum/kuruluştan ücret almıyorsa/almayacaksa bu form doldurulmamalıdır.

ÖĞRENCİYE AİT BİLGİLER:**ER:**

Adı-Soyadı :
T.C. Numarası :
Doğum Tarihi :
Bölümü :
Telefon :

İŞLETMEYE AİT BİLGİLER:

İşletmenin/Firmanın Adı	..... ..... .....	Firma Yetkilisi Kaşe/İmza
Çalışan Personel Sayısı	.....	
Telefon	.....	
Faks	.....	
Adres	..... .....	
Banka IBAN Numarası (TR00 0 0000 0000 0000 00 gibi okunaklı aralarda boşluk bırakarak yazınız.)	TR	
Öğrenci İşletmeden Ücret Alacak mı?	☐ EVET	☐ HAYIR

NOT:

- x Kurum/kuruluşa devlet katkısının ödenebilmesi için öğrenciye ücret ödendiğine dair banka dekontunun her ayın 4'üne kadar Dekanlığımıza ulaştırılması gerekmektedir. Dekont göndermeyen kurumlara/kuruluşlara ödeme yapılmayacaktır.
e-posta (Biriminizin e-posta adresi) :@.....
Fax (Biriminizin faks numarası) :

**T.C.
ANADOLU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ
STAJ YERİNİ VE DKT'Yİ DEĞERLENDİRME FORMU**

Staj Yeri Adı :
Staj Yeri Dil ve Konuşma Terapisti Adı-Soyadı :

YT: Yeterli, ZA: Zayıf, GZ: Gözlenmedi

Her cümlede geçerli olan yanıtın yanına X işareti koyunuz.	İyi	YT	ZA	GZ
1. Terapi seanslarından önce plan/program yapma ve materyal/araç-gereç hazırlama				
2. Vakaya uygulanan terapi/tedavi yöntemlerini gösterme ve açıklama				
3. Seans sırasında ya da seanstan hemen sonra size yazılı ve/veya sözlü dönüt verme, tavsiyede bulunma ve açıklama yapma				
4. DKT'nin vakaya yazılı ve/veya sözlü dönüt vermesi, ev ödevleri/ev egzersiz programı ile ilgili tutumu				
5. DKT'nin vakalarla/hastalarla ve ailelerle iletişimi				
6. DKT'nin diğer meslek uzmanları ile iletişimi				
7. DKT'nin stajyer öğrenciler ile iletişimi, tutumu ve desteği				
8. Gözlediğiniz klinisyenin güçlü yönleri nelerdir? Sizce neler farklı olabilirdi?				
9. Çalışma koşulları ve fiziksel ortamlar uygun mu? Araç-gereç ve cihaz/cihazlar yeterli mi?				
10. Size yeterli gözlem/uygulama fırsatı sağlandı mı? Eklemek istedikleriniz var mı?				
11. Bu kurumu staj yapacak diğer öğrencilere de önerir misiniz?				
Öğrencinin Adı-Soyadı :				
İmza :				



**T.R. ANADOLU UNIVERSITY
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
DEPARTMENT OF SPEECH AND LANGUAGE THERAPY
EVALUATION FORM OF INTERNSHIP PLACE AND SLT**

Name of Internship Place :

Name-Surname of SLT :

Satisfactory: SA, Poor: PR, Not Observed: N.O

Place an X to the boxes which best describes your opinion	Good	SA	PR	N.O
1. Making plan/program, preparing materials/ equipments before therapy sessions				
2. Showing and explaining therapy/ treatment techniques applied to the case				
3. Giving written and/or verbal feedback, making recommendation, giving directions during or after session				
4. Giving written and/or verbal feedback to the case, specialist's attitude related with homework/ home exercises				
5. SLT's communication with cases/patients and families				
6. SLT's communication with other profession specialists				
7. SLT's communication, attitude and support for intern SLP's/ students				
8. What is SLT's strengths? What could be different?				
9. Are working conditions and physical environment suitable for intervention? Are the equipments and devices sufficient?				
10. Was sufficient observation/ practice opportunity provided to you? What would you like to add?				
11. Do you suggest this institution to the other interns?				
Name-Surname of Student :				
Signature (Date) :				



T.C.
ANADOLU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ

(İşletme Anteti)

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakülteniz..... Bölümü
..... numaralı öğrencisi, stajını
..... nedeniyle tamamlamadan
kurumumuzdan/kuruluşumuzdan ayrılmıştır. SGK çıkış işlemlerinin .../.../20... tarihi itibarıyla
yapılması için gereğini bilgilerinize sunarım.

.../.../20...

(Tarih/İmza/Kaşe)

.....
Staj Yeri Yetkilisinin Unvanı/Adı-Soyadı



T.R. ANADOLU UNIVERSITY
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
DEPARTMENT OF SPEECH AND LANGUAGE THERAPY

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

Your Faculty programme student whose ID Information is has quit his/her day obligatory internship on the date of due to the excuse stated above. Kindly submitted for your necessary action to initiate the Social Security termination procedures as of/....../20....

.../.../20... ..

(Date/Signature/Stamp)

...../.....

Title and Name-Surname of the Institution/

Organization Authorized Person for Internship



T.C.
ANADOLU ÜNİVERSİTESİ
DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ
STAJ KOMİSYONU STAJ DEĞERLENDİRME FORMU

ÖĞRENCİNİN	
Adı-Soyadı	:
T.C. Kimlik Numarası	:

Fotoğraf

DEĞERLENDİRME	SONUÇ
KURUM/KURULUŞ TARAFINDAN YAPILAN STAJ DEĞERLENDİRMESİ	BAŞARILI/BAŞARISIZ
STAJ KOMİSYONU TARAFINDAN YAPILAN STAJ RAPORU DEĞERLENDİRMESİ	BAŞARILI/BAŞARISIZ
STAJ KOMİSYONU TARAFINDAN YAPILAN STAJ SÖZLÜ SINAVINDAN ÖĞRENCİNİN ALDIĞI PUAN	.....

HARF NOTU (...)

DEĞERLENDİRME TARİHİ / /

<u>BÖLÜM STAJ KOMİSYONU</u>			
<u>Başkan:</u>			
Adı-Soyadı :			
Unvanı :			
İmzası :			
<u>Üye:</u>		<u>Üye:</u>	
Adı-Soyadı	:	Adı-Soyadı	:
Unvanı	:	Unvanı	:
İmza	:	İmza	:

ÖNEMLİ NOT: Bu form Staj Komisyonu tarafından doldurulacaktır.

APP.-10. Evaluation Form to be Filled by the Internship Commission

T.R. ANADOLU UNIVERSITY
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
DEPARTMENT OF SPEECH AND LANGUAGE THERAPY
INTERNSHIP EVALUATION FORM OF THE INTERNSHIP EVALUATION COMMISSION

STUDENT'S		Photo
Name-Surname	:	
ID Number	:	

EVALUATION	SCORE
EVALUATION OF INSTITUTION/ORGANIZATION	SUCCESSFUL/UNSUCCESSFUL
EVALUATION OF THE INTERNSHIP EVALUATION COMMISSION	SUCCESSFUL/UNSUCCESSFUL
INTERNSHIP ORAL EXAM SCORE GIVEN BY INTERNSHIP COMMISSIONc	.....

GRADE (....)

EVALUATION DATE / /

INTERNSHIP COMMISSION			
<u>Chairman:</u>			
Name-Surname		:	
Title		:	
Signature		:	
<u>Member:</u>		<u>Member:</u>	
Name-Surname		Name-Surname	
:		:	
Title		Title	
:		:	
Signature		Signature	
:		:	

NOTE: This form will be filled by the Intership Commission.