**İLGİLİ MAKAMA**

Aşağıda kimlik bilgileri verilmiş olan Fakültemiz Sosyal Hizmet Bölümü 4. Sınıf öğrencimizin Bölümümüz Akademik programı Güz yarılında yer alan ‘’SOH 405 Sosyal Hizmet Uygulaması (I) ve Bahar yarıyılında yer alan SOH 402 Sosyal Hizmet Uygulaması (II)’’ dersi gereğince Sosyal Hizmet uzmanı bulunan kuruluşlarda akademik süpervizyon altında katılımcı-gözlemci olarak çalışmaktadırlar. Bu dersin amacı öğrencilerin Sosyal Hizmet müdahalelerini kuram ve uygulama bütünlüğü çerçevesinde değerlendirmeleri ve uygulamalara yönelik bilgi ve becerilerini arttırmalarıdır.

Öğrencilerimizin çalışmaları ile ilgili *staj* *ücreti ve benzeri hiçbir ödeme talebimiz olmamakla* birlikte, *iş kazası-meslek hastalığı sigortaları* fakültemizce yapılacak olup, 2018-2019 Eğitim Öğretim yılı Güz ve Bahar dönemlerinde akademik takvimde yer alan eğitim ve öğretim süresince haftada dört (4) gün olmak üzere belirleyeceğiniz gün ve saatler arasında kurumunuzda/kuruluşunuzda ifade edilen uygulamayı gerçekleştirmeleri hususunda gereğini müsaadelerinize arz/rica ederim.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ÖĞRENCİYE AİT BİLGİLER** | | |
| Adı ve Soyadı : | | Öğrenci No : |
| Sınıfı : | | Telefon No : |
| T.C Kimlik No : | | e-posta : |
| İkametgâh Adresi : | | |
|  | | |
| **GÜZ DÖNEMİ** | **BAHAR DÖNEMİ** | |
| **Uygulama Başlangıç Tarihi: ……./……./201.** | **Uygulama Başlangıç Tarihi: …..../….../201.** | |
| **Uygulama Bitiş Tarihi : ..…./….../201.** | **Uygulama Bitiş Tarihi : ..…./..…./201.** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **UYGULAMA YAPILACAK KURUM/KURULUŞ BİLGİLERİ** | | |
| Kurum/Kuruluş Adı |  | |
| Adresi |  | |
|  | |
| Telefon No |  | |
| **Uygulama Yapılacak Yerin Yetkili Amir Bilgileri** | | |
| Adı Soyadı |  | (Kaşe/İmza/Tarih) |
| Görevi ve Unvanı |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ÖĞRENCİNİN İMZASI** | **UYGULAMA KOMİSYONU**  **ONAYI** | **İ.İ.B.F FAKÜLTESİ DEKANLIĞI**  **ONAYI** |
| Mevcut belgede verdiğim bilgilerin doğruluğunu beyan ve taahhüt ederim.    İmza:  Tarih: | İ.İ.B.F Sosyal Hiz. Böl. Bşk.  İmza:  Tarih: |  |

**NOT:** Bu form iki nüsha doldurularak bir nüshası uygulama stajı yapılacak kurum/kuruluşta, bir nüshası akademik takvimde belirtilen eğitim öğretim yılının başlangıcını takip eden ilk hafta içerisinde ilgili bölüm sekreterliğine teslim edilecektir.