 Tarih:…../…../20…

**İŞLETMEDE MESLEKİ EĞİTİM**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ÖĞRENCİNİN | T.C. Kimlik Numarası | : |
| Adı Soyadı | : |
| Öğrenci Numarası | : |
| Firma Adı | : |
| Sorumlusunun Adı Soyadı | : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| İş Yeri Eğitimi Sorumlusunun Öğrenci Değerlendirme Kriterleri | | Notu [0 25 50 75 100] |
| 1 | Çalışma saatlerine uyma |  |
| 2 | İş yeri kurallarına uyma |  |
| 3 | İş yerinin gerektirdiği güvenlik tedbirlerine uyma |  |
| 4 | Görevlerini eksiksiz ve zamanında yapma |  |
| 5 | Mesleğiyle ilgili temel kavramları bilme ve pratiğe uygulama |  |
| 6 | Problem tespiti ve çözüm üretme |  |
| 7 | İş yerindeki araç gereçleri uygun kullanma ve koruma |  |
| 8 | İşi ile ilgili yenilikçi fikirler ve öneriler geliştirme |  |
| 9 | İşindeki istek ve gayreti |  |
| 10 | Mesleği ile ilgili sorumluluklarının farkında olması |  |
| 11 | Yaptığı işi raporlama |  |
| 12 | Uyumlu çalışma ve takım çalışması yapabilme |  |
| 13 | Kendini ifade etme ve iletişim kurabilme |  |
| 14 | Öneri ve eleştirilere açık olma |  |
| 15 | Fiziki ve zihinsel yorgunluğa dayanıklılık |  |
| Görüş ve önerileriniz  Öğrencinin işletmede çalıştığı iş günü sayısı\*\*:  İş yeri sorumlusunun imzası | | |

\*Form dönem sonunda bölümümüzün ilgili izleyici öğretim elemanına teslim edilecektir.

\*\* Öğrencinin hastalık, izin vb. nedenlerle çalışmadığı günler ve cumartesi-pazar hariç sayıdır.