



T.C
ANADOLU ÜNİVERSİTESİ
AÇIKÖĞRETİM FAKÜLTESİ SOSYAL HİZMET LİSANS PROGRAMI
ÖĞRENCİ SOSYAL HİZMET UYGULAMASI I/II BAŞLAMA FORMU

Tarih: / /

Konu: Sosyal Hizmet Uygulamasına Başlama
İlgili Makama,

Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Sosyal Hizmet Lisans Programı öğrencilerinin mezuniyet haklarını kazanabilmeleri için 7. ve 8. Yarıyılıda Sosyal Hizmet Uygulaması I ve Sosyal Hizmet Uygulaması II dersi kapsamında eğitimleri ile ilgili olarak Sağlık Bakanlığı'na bağlı sosyal hizmet alanlarında faaliyet gösteren bir kuruluştaki uygulama yapma zorunlulukları vardır.

Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin uygulamasını kuruluşunuzda yapması sürecinde göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

Açıköğretim Fakültesi Dekanlığı
Uygulama Dersleri Koordinatörlüğü

ÖĞRENCİ KİMLİK BİLGİLERİ

Adı-Soyadı	
T.C. Kimlik Numarası	
Kayıtlı Olunan Programın Adı	
Sınıf/Dönem	/
Telefon Numarası	Gsm:
E-posta Adresi	@anadolu.edu.tr

UYGULAMA YERİ BİLGİLERİ

Uygulama Yeri Adı	
Uygulama Yeri Hizmet Alanı	
Uygulama Yeri Yetkilisi	
Uygulama Yerinin Web Adresi	Tel: E-posta:

KURULUŞ DANIŞMANI BİLGİLERİ (Sosyal Çalışmacı)

Adı-Soyadı	
T.C. Kimlik Numarası	
Telefon Numarası	Tel:
E-posta Adresi	E-posta:
Çalışılan Kurum/Kuruluş Yeri Adı	

Yukarıda belirttiğim bilgilerin doğruluğunu, aşağıda belirtilen tarihler arasında (haftada 1 tam uygulama günü) uygulamamı yapacağımı, uygulamamın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya uygulamadan vazgeçmem hâlinde en az 10 gün önceden Açıköğretim Fakültesi Uygulama Dersleri Koordinatörlüğüne bilgi vereceğimi; uygulama süresince öğrendiğim olayları, kişileri, isimleri ve diğer bilgileri üçüncü kişilerle paylaşmayacağımı, paylaştığım takdirde her türlü sorumluluğu üstleneceğimi kabul ve beyan ederim.

Öğrenci İmzası

Tarih: / /

Yukarıda kimlik bilgileri bulunan öğrencinin kuruluşumuzda (haftada 1 tam uygulama günü) zorunlu uygulamasını yapması uygun **görülmüştür/görülmemiştir.**

ÖĞRENCİNİN;

Uygulama Başlangıç Tarihi: 11/03/2024

Uygulama Süresi: Haftada 1 tam uygulama günü

Uygulama Bitiş Tarihi: 24/05/2024

Uygulama Kuruluşu Sorumlusu

Kuruluş Danışmanı

Ad-Soyad:

Ad-Soyad:

İmza :

T.C Kimlik Numarası:

Tarih :/...../.....

İmza :

Mühür/Kaşe: