|  |
| --- |
| **YAZ KLİNİK UYGULAMASI DEVAMLILIK DURUMU İZLEME FORMU** |
| **NO** | **TARİH**  | **ÖĞRENCİ İMZASI** | **SUPERVİZÖR İMZA** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 16 |  |  |  |
| 17 |  |  |  |
| 18 |  |  |  |
| 19 |  |  |  |
| 20 |  |  |  |
| Beyan ettiğiniz uygulama tarihlerine uygun olarak doldurunuz. Yaz klinik uygulamasında öğrencinin **devamsızlık hakkı yoktur.** **Devamsızlık durumunda**: Öğrenci durumunu bildirir dilekçesini **danışmanına iletir ve komisyonu karar verir.** |