

**ÖZEL ÖĞRETİM KURUMLARINDA ADAYLIĞI KALDIRILAN ÖĞRETMENLERİN
ÇALIŞMA PROGRAMI**

Öğretmenin	Adı Soyadı	
	T.C. Kimlik Numarası	
	Branşı	
	Okul/Kurum-İl/İlçe	

Çalışmanın Yapılacağı Tarih		(Not: Bu form bir sonraki hafta öğretmenin ne tür çalışmalar yapacağını planlamak üzere haftalık olarak düzenlenir. Gerekli durumlarda birden fazla form kullanılarak çalışma programı hazırlanabilir.)	
Çalışma Yapılan Okul/Kurum-İl/İlçe			
Çalışma Yapılacak Alan		Okul İçi Gözlem/ Uygulama <input type="checkbox"/>	Okul Dışı Faaliyetler <input type="checkbox"/>
Günler	Çalışma/ Süresi (Saat)	Çalışma yapılacak alan ve yapılacak çalışmalar	
Pazartesi			
Salı			
Çarşamba			
Perşembe			
Cuma			
Diğer faaliyetler: (Varsa eğitimle ilgili izlenecek film, okunacak kitaplar ve diğer sosyal etkinlikler)			

Okul Müdürü

İmza