



TC.
S VASLI KAYMAKAMLI I
C NO LU LKOKULU MÜDÜRLÜ Ü

Ç-DI LET M PLANI

Dök. No :	USAK SG.PL.02
Yayın No :	01
Yayın Tarihi	20.08.2020
Rev. No :	01
Rev. Tarihi :	01.07.2021
Sayfa No :	Sayfa 1 / 3

C NO LU LKOKULU MÜDÜRLÜ Ü

Ç-DI LET M PLANI 2021

1. AMAÇ:

Bu ileti im planının amacı , okulumuzdaki ileti im yöntemlerini ve sorumlulukları belirlemeye, iç ve dış ileti imin nasıl sağlanacağına ve mevcut ileti im alanının sağlıklı ve sürekli bir şekilde nasıl yürütüleceğine yönelik sistem oluşturulmasıdır.

2.KAPSAM:

Bu prosedür okulumuz hedef kitesini, ileti im araç ve yöntemlerini kapsar.

3. TANIMLAR:

İleti im: İletilen bilginin hem gönderici hem de alıcı tarafından anlaşılabilir ortamda bilginin bir göndericiden bir alıcıya aktarılma sürecidir.

İleti im Alanı: İleti im araçlarının birbirleriyle ortak bağlantı kurma veya işbirliği sağlama durumu veya düzenidir.

Hedef kitle: Okul içinde ve okul dışındaki ileti im paydaşlarını (okul çalışanları, öğrencileri/öğrenci yakınları, dış tedarikçiler, diğer kamu kurumları, özel kurum ve kuruluşlar gibi) ifade etmektedir.

4. DAYANAKLAR:

MEB Hijyen Artılarını Geliştirme ve Enfeksiyon Önleme Kontrol Kılavuzu

5. SORUMLULUKLAR:

Tüm çalışanlar

Hazırlayan HEÖK Sorumlusu	Onaylayan Okul Müdürü
Betül ERKAN	Gülbey YILMAZ



TC.
S VASLI KAYMAKAMLI I
C NO LU LKOKULU MÜDÜRLÜ Ü

Ç-DI LET M PLANI

Dök. No :	USAK SG.PL.02
Yayın No :	01
Yayın Tarihi	20.08.2020
Rev. No :	01
Rev. Tarihi :	01.07.2021
Sayfa No :	Sayfa 2 / 3

6. İLETİŞİM UYGULAMALARI:

a. İç İletişim :

a) **Ne ile ilgili(hangi konuda) ileti im kuraca 1.**

Çe itli salgın hastalık semptomları (ate , öksürük, burun akıntısı, solunum sıkıntısı, ishal vb.) gösteren bir durumla kar ıla ıldı nda ileti im kurulacaktır.

b) **Ne zaman ileti im kuraca 1.**

Çe itli salgın hastalık semptomları (ate , öksürük, burun akıntısı, solunum sıkıntısı, ishal vb.) gösteren bir durumla kar ıla ıldı nda **hemen** ileti im kurulacaktır.

c) **Kiminle ileti im kuraca 1.**

Çe itli salgın hastalık semptomları (ate , öksürük, burun akıntısı, solunum sıkıntısı, ishal vb.) gösteren bir durumla kar ıla ıldı nda HEÖK sorumlusu aranacaktır.

SIRA NO	ADI-SOYADI	GÖREV	CEP TELEFONU
1.	Gülbey YILMAZ	Okul Müdürü	0 535 474 4805
2.	Betül ERKAN	HEÖK Sorumlusu	0 534 710 7448

d) **Nasıl ileti im kuraca 1.**

Çe itli salgın hastalık semptomları (ate , öksürük, burun akıntısı, solunum sıkıntısı, ishal vb.) gösteren bir durumla kar ıla ıldı nda cep telefonu/varsa telsiz ya da yüz yüze ileti im kurulacaktır.

e) **Kimin ileti im kuraca 1.**

Çe itli salgın hastalık semptomları (ate , öksürük, burun akıntısı, solunum sıkıntısı, ishal vb.) gösteren bir durum nerede ya andıysa, o birimden/sınıftan sorumlu çalı an HEÖK sorumlusuyla ileti im kuracaktır.

b. Dı İletişim :

a) **Ne ile ilgili(hangi konuda) ileti im kuraca 1.**

Çe itli salgın hastalık semptomları (ate , öksürük, burun akıntısı, solunum sıkıntısı, ishal vb.) gösteren bir durumla kar ıla ıldı nda ileti im kurulacaktır.

Hazırlayan HEÖK Sorumlusu	Onaylayan Okul Müdürü
Betül ERKAN	Gülbey YILMAZ



**TC.
SIVASLI KAYMAKAMLIĞI
İLKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ**

Ç-DEĞERLENDİRME PLANI

Dök. No :	USAK SG.PL.02
Yayın No :	01
Yayın Tarihi	20.08.2020
Rev. No :	01
Rev. Tarihi :	01.07.2021
Sayfa No :	Sayfa 3 / 3

b) Ne zaman iletilim kuraca 1.

Çeğitli salgın hastalık semptomları (ateş, öksürük, burun akıntısı, solunum sıkıntısı, ishal vb.) gösteren bir durumla karşılaşılınca **hemen** iletilim kurulacaktır.

c) Kiminle iletilim kuraca 1.

Ateş, öksürük, burun akıntısı, solunum sıkıntısı gibi salgın hastalık belirtileri olan veya temaslı olan öğretmen, öğrenci ya da çalışanların tespit edilmesi durumunda zaman geçirmeksizin, sıralı olarak aranması gereken kişilerdir.

Adı- Soyadı	Görevi	Telefonu
Betül ERKAN	HEÖK Sorumlusu	0 534 710 7448
Gülbey YILMAZ	Kurum Amiri	0 535 474 4805
Sivaslı Devlet Hastanesi	Sağlık Kurulu üyesi	0 276 618 1519
Mehmet AKSOY	İlçe Milli Eğitim Müdürü	0 276 618 1007

d) Nasıl iletilim kuraca 1.

Cep telefonu ile iletilim kurulur.

e) Kiminle iletilim kuraca 1.

Ateş, öksürük, burun akıntısı, solunum sıkıntısı gibi salgın hastalık belirtileri olan veya temaslı olan öğretmen, öğrenci ya da çalışanların tespit edilmesi durumunda HEÖK sorumlusu ilgili birimleri arar.

Yeri tarafından plan halinde hazırlanan “Ç-DEĞERLENDİRME PLANI”nı okudum. Bir suretini aldım, diğer suretini de iyerine verdim. Planda açıklanan kurallara uyacağımı beyan ve kabul ederim. bu tutanağı tam sıhhatte olarak, kendi rızamla (isteyerek ve bilerek) imzaladım.

ADI SOYADI	MZA	ADI SOYADI	MZA

Hazırlayan HEÖK Sorumlusu	Onaylayan Okul Müdürü
Betül ERKAN	Gülbey YILMAZ