فرم درخواست ترفيع پايه اعضاء هيات علمی دانشگاه علوم پزشکی اروميه **صفحه اول**

*بسمه تعالی*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی** | **دانشکده** | **گروه** | **مرتبه** | **پايه درخواستی** | **تاريخ آخرين ترفيع پايه** | **تاريخ استحقاق پايه** |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **محل ارزیابی** | **نوع فعالیت آموزشی** | **شرح** | **مسئول تایید کننده** |
| **دانشکده**  | **تعداد واحد موظفی و ارائه شده: (جمع دو نیمسال)** | تعداد واحد موظفی تعداد واحد ارائه شده  | معاون آموزشی دانشکده یا مرکز آموزشی درمانی |
| **جلسات درسی تشکیل یافته** | 17/14 و بیشتر کمتر از 17/14 |
| **مشارکت در امور گروه** | بسیار خوبخوب متوسط کم خیلی کم | مدیر گروه |
| **ارزشیابی درونی و اعتبار بخشی**  | اتمام طرح ارزشیابی در حال انجام هیچ اقدامی صورت نگرفته  |
| **طرح درس و طرح دوره**  | دارد ندارد  | EDO |
| **دانشگاه**  | **نمره ارزشیابی** | نمره ارزشیابی دانشجو از استاد 40 % نمره ارزشیابی معاون آموزشی 30% نمره ارزشیابی مدیر گروه 30% نمره میانگین کیفیت آموزش  | EDC |
| **امتیاز ذخیره از سال قبل****کل : مقاله :** | **امتیاز امسال****کل : مقاله :** | **مازاد امتیاز این دوره****کل : مقاله:** |

|  |
| --- |
| **تایید اعضای کمیته ترفیع پایه دانشکده (با ذکر نام و نام خانوادگی اعضا) تاریخ تشکیل جلسه کمیته ترفیع پایه دانشکده:** |
| کارشناس کمیته ترفیع پایه | رئیس دانشکده | معاون پژوهشی دانشکده | معاون آموزشی دانشکده |

|  |
| --- |
| **تایید اعضای کمیته ترفیع پایه دانشگاه (با ذکر نام و نام خانوادگی اعضا) تاریخ تشکیل جلسه کمیته ترفیع پایه دانشگاه:**  |
| کارشناس ترفیع پایه دانشگاه | مدیر امور هیات علمی دانشگاه | رئیس دانشکده مربوطه |
| معاون تحقیقات و فناوری دانشگاه | معاون آموزشی دانشگاه | ریاست دانشگاه |

1. **الصاق کارنامه آموزشی دو نیمسال منتهی به سررسید ترفیع پایه عضو هیئت علمی که به تایید ریاست، معاون آموزشی و مدیر گروه دانشکده رسیده است الزامی می باشد.**
2. **الصاق گواهی مدیریت امور هیئت علمی دانشگاه برای امتیاز ذخیره شده از سال قبل الزامی می باشد.**
3. **تعیین امتیاز پژوهشی مطابق ماده 3 آیین نامه ارتقاء وزارت بهداشت است.**