



فرم درخواست تمدید طرح و لایحه

شماره:

تاریخ:

شماره ملی:

نام خانوادگی:

نام:

مقطع تحصیلی:

پرستاری

داروسازی

دندانپزشکی

پزشکی

رشته تحصیلی:

منطقه محل خدمت:

علوم آزمایشگاهی

رادیولوژی

هوشبری

اتاق عمل

واحد محل خدمت:

پرستاری دندانپزشکی

فوریتهای پزشکی

مامایی

بهداشت دهان

تاریخ پایان طرح:

نمره ارزشیابی سال قبل:

احتراماً اینجانب به اطلاع کامل و کافی از مفاد مصوبه، درخواست تمدید طرح دارم و تعهد می نمایم در صورت تمای به توقف طرح، از دو ماه قبل درخواست خود را اعلام می نمایم

امضاء و اثر انگشت:

نام و نام خانوادگی:

تعهد نامه

سال، تمدید می گردد.

بمدت

با توجه به بررسی انجام گرفته، طرح خانم / آقای

امضاء مدیر منابع انسانی دانشکده

انسانی
منابع
اداره

امتیاز	حداکثر امتیاز	عوامل امتیازی	معیار کلی	امتیازات واحد مربوطه
	۲۰	صلاحیت علمی در زمینه شغل مورد تصدی	صلاحیت علمی و عملی	
	۲۰	توانمندی شغلی و علاقه به کار		
	۱۵	رعایت سلسله مراتب اداری و انجام دستورات مافوق	صلاحیت اداری	
	۱۵	رعایت نظم و انضباط و شئون اداری		
	۱۵	روحیه خدمت به مردن و تکریم ارباب رجوع	صلاحیت عمومی	
	۱۵	رعایت اخلاق و رفتار حرفه ای		
	۱۰۰	جمع		

*توضیح مهم: نامبرده **نبایستی** دارای سابقه هیات رسیدگی ی به تخلفات اداری دانشگاه و آرای صادره موضوع ماده ۹ آیین نامه هیات مذکور بوده و همچنین از جدول فوق الذکر حداقل نمره ۸۰ را جهت تمدید طرح را کسب نماید.

نام مدیر

نام و امضاء مسئول بخش / واحد

آیا بر اساس شاخص نیاز سنجی واحد مربوطه به نیرو نیاز دارد؟

بلی خیر

امضاء معاونت

تخصصی
معاونت
نظریه

تامین می گردد.

به مدت

حقوق و مزایای نامبرده از محل درآمدهای اختصاصی واحد / بودجه عمومی برنامه

امضاء مدیریت بودجه

نظریه مدیریت
بودجه

سال، تمدید می گردد.

به مدت

✓ با توجه به موارد مطروحه، طرح خانم / آقای

امضاء رئیس دانشکده علوم پزشکی تربت جام

امضاء مدیر حراست دانشکده

تایید نهایی