بسمه تعالی

فرم درخواست ترفیع پایه اعضاء هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه **صفحه اول**

نام و نام خانوادگی	دانشکده	گروه	مرتبه	پایه درخواستی	تاریخ آخرین ترفیع پایه	تاریخ استحقاق پایه

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 ☐	امضاء معاون آموزشی مرکز آموزشی درمانی (هیات علمی بالینی)
	جلسات درسی تشکیل یافته	۱۴/۱۷ و بیشتر ☐ کمتر از ۱۴/۱۷ ☐	امضاء معاون آموزشی دانشکده(هیات علمی پایه)
	مشارکت در امور گروه	بسیار خوب ☐ خوب ☐ متوسط ☐ کم ☐ خیلی کم ☐	**امضاء 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 ۴۰٪ ☐ نمره ارزشیابی معاون آموزشی ۳۰٪ ☐ نمره ارزشیابی مدیر گروه ۳۰٪ ☐ نمره میانگین کیفیت آموزش ☐	EDC
	امتیاز ذخیره از سال قبل	**امتیاز امسال**	**مازاد امتیاز این دوره**
	کل : **مقاله :**	**کل :** **مقاله :**	**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	مدیر امورهیات علمی دانشکده	معاون آموزشی دانشکده	معاون پژوهشی دانشکده	رئیس 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**

۱- 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.

۲- الصاق گواهی مدیریت امور هیئت علمی دانشگاه برای امتیاز ذخیره شده از سال قبل الزامی می باشد.

۳- متعهد می شوم طبق ماده ۱۴ دستورالعمل پایه های تشویقی مبنی بر "مقالات و سایر فعالیتهای پژوهشی که در ترفیع پایه سالانه استفاده شده در پایه های تشویقی قابل استفاده نمی باشد." را بطور کامل رعایت نموده ام. نام و نام خانوادگی و امضا عضو هیئت علمی .....