**باسمه تعالی**

تاریخ:--/--/----

شماره :

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی بابل**

**دانشکده پیراپزشکی**

**فرم ترفیع سالیانه اعضای محترم هیأت علمی** **(مدیران گروه)**

**مشخصات استخدامی**

نام و نام خانوادگی: --------------

پرونده پرسنلی:

گروه آموزشی : ------------------------

محل خدمت: ------------

وضعیت استخدامی:

-1الف)نوع استخدام: رسمی قطعی 🖵 رسمی آزمایشی 🖵 پیمانی 🖵 تعهد خدمت ضریب (K) 🖵 طرح نظام 🖵

-2نوع فعالیت: تمام وقتی جغرافیایی🖵 تمام وقت 🖵 نیمه وقت 🖵

-3مرتبه علمی: استاد 🖵 دانشیار 🖵 استادیار 🖵 مربی 🖵

پایه قبلی : ............

تاریخ استحقاق ترفیع : ...................

**الف) عملکرد:**

**1- متوسط حضور فیزیکی در ماه ........... ساعت: (این قسمت توسط دانشکده بر اساس مستندات تکمیل خواهد شد.)**

**2- فعالیت های آموزشی:**

**1-2- دروس نظری:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| نیمسال | عنوان درس | رشته تحصیلی | مقطع فراگیران | تعداد واحد |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| جمع |  |  |  |  |

**2-2- فعالیت های عملی (آزمایشگاهی):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| نیمسال | عنوان درس | رشته تحصیلی | مقطع فراگیران | تعداد واحد |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| جمع |  |  |  |  |

**3-2- فعالیت های آموزشی، درمانی و بیمارستانی ( ویژه هیأت علمی بالینی):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نوع فعالیت | رشته تحصیلی | روز و ساعت در هفته | مقطع فراگیران |
| حضور در گزارش صبحگاهی |  |  |  |
| آموزشی ( با ذکر تعداد ماه های راند در سال) |  |  |  |
| حضور در درمانگاه آموزشی |  |  |  |
| حضور در کنفرانس آموزشی |  |  |  |
| شرکت در کنفرانس آموزشی ( هفتگی یا ماهیانه) |  |  |  |
| شرکت در ژورنال کلاب |  |  |  |
| انجام اقدامات تشخیصی و درمانی(باذکر نوع اقدام) |  |  |  |
| حضور فعال در اطاق عمل |  |  |  |
| آنکال فعال |  |  |  |
| سرپرستی کارآموزی یا کارورزی بیمارستانی |  |  |  |
| سرپرستی فیلد بهداشتی |  |  |  |

**4-2: عملکرد اعضاء هیأت علمی :**

|  |  |
| --- | --- |
| نوع فعالیت | تعداد |
| تعداد جراحی اورژانس |  |
| تعداد جراحی الکتیو |  |
| ویزیت سرپایی |  |
| بیماران بستری |  |
| گزارش رادیوگرافی / CT / سونوگرافی و ... |  |

**نام و نام خانوادگی معاون آموزش**

**امضاء**

**5-2- استاد راهنما:**

تعداد دانشجویان : ............ نفر و ساعات تخصیص داده شده جهت مراجعه دانشجو در هر ماه ............. ساعت

هـ) سایر فعالیت های آموزشی خود را که احتمالاً در جداول گذشته پیش بینی نشده بود، مرقوم فرمائید. (راه اندازی کارگاه، آزمایشگاه و ...)

**3- فعالیت های پژوهشی:**

**1-3- مقالات چاپ شده فارسی یا انگلیسی:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| عنوان مقاله | نام مجله، سال و شماره | نوع مقاله | ترتیب در اسامی نویسندگان |
|  |  |  | نفر اول🖵 نویسنده مسئول🖵 دیگر نویسندگان🖵 |
|  |  |  | نفر اول🖵 نویسنده مسئول🖵 دیگر نویسندگان🖵 |

**2-3- شرکت در همایش ها (داخلی و خارجی):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| عنوان مقاله | نام و دیگر مشخصات همایش | نوع ارائه مقاله | اسامی همکاران |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**3-3- طرح های تحقیقاتی مصوب:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| عنوان طرح | شماره طرح | مجری یا همکار | تاریخ شروع | تاریخ خاتمه |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**4-3- راهنمایی یا مشاوره پایان نامه:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| عنوان پایان نامه | نام دانشجو | مقطع تحصیلی | استاد راهنما یا مشاور | تاریخ شروع | تاریخ خاتمه |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**5-3- فعالیت های پژوهشی دیگر(تألیف یا ترجمه کتاب، سخنرانی در کارگاه ها، ارائه مقالات، نوآوری و ... ):**

**4- فعالیت اجرایی:**

**1-4- عضویت در کمیته ها و شوراهای مختلف ( در سطح بخش، گروه، دانشکده، دانشگاه، وزارت بهداشت):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| عنوان دقیق کمیته یا شورا | میزان ساعت همکاری در ماه | تاریخ شروع | تاریخ خاتمه |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**2-4- مسئولیت اجرایی در سطوح مختلف ( بخش، گروه، دانشکده، دانشگاه و ...):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| عنوان دقیق مسئولیت | تاریخ شروع | تاریخ خاتمه |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**نام نام خانوادگی عضو محترم هیئت علمی**

**امضاء**

**ب) ارزیابی:**

**\*توجه: استاد گرامی تکمیل این قسمت به بعد، به عهده واحدهای ارزیابی است؛ لطفاً از تکمیل آنها خودداری فرمایید.**

**1) نظریه معاون آموزشی در ارتباط با فعالیت های آموزشی، پژوهشی و اجرایی مرتبط با گروه تکمیل خواهد شد.):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع فعالیت | عالی | خوب | متوسط | ضعیف |
| کیفیت فعالیت های آموزشی |  |  |  |  |
| کیفیت فعالیت های پژوهشی |  |  |  |  |
| کیفیت حضور و همکاری با مسئولین بخش و گروه |  |  |  |  |
| کیفیت فعالیت های اجرائی |  |  |  |  |

**در مجموع:** گروه با توجه به موارد فوق، با اعطای یک پایه ترفیع سالانه به نامبرده :

موافق است 🖵 مخالف است 🖵

**نام و نام خانوادگی معاون آموزشی دانشکده پیراپزشکی**

**امضاء**

**2) نتیجه بررسی فعالیت پژوهشی (این قسمت توسط معاونت پژوهشی دانشگاه تکمیل خواهد شد.) :**

|  |  |
| --- | --- |
| نوع فعالیت | واحد / امتیاز |
| کیفیت فعالیت پژوهشی | خوب 🖵 متوسط 🖵 ضعیف🖵 |
| نمره اکتسابی |  |

**نام و نام خانوادگی معاون پژوهشی دانشگاه**

**امضاء**

**3) گزارش مرکز توسعه آموزش پزشکی دانشگاه (EDC):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| عنوان | نمره نهایی ارزشیابی کتبی | میانگین نمره گروه | رتبه در گروه |
| دانشجویان (دروس نظری) |  |  |  |
| دانشجویان (دروس عملی یا بالینی) |  |  |  |
| دستیاران بخش بالینی |  |  |  |
| فراگیران کارشناسی ارشد و دکترا |  |  |  |
| مدیر گروه یا رئیس بخش |  |  |  |
| مسئولین دانشکده یا بیمارستان |  |  |  |

نام و نام خانوادگی مسئول مرکز

امضاء

**4) نتیجه بررسی و معادل سازی کمیته ترفیع منتخب دانشکده:**

|  |  |
| --- | --- |
| نوع فعالیت | واحد / امتیاز |
| کیفیت فعالیت آموزشی | خوب 🖵 متوسط 🖵 ضعیف🖵 |
| کیفیت فعالیت پژوهشی | خوب 🖵 متوسط 🖵 ضعیف🖵 |
| رعایت اخلاق حرفه ای | خوب 🖵 متوسط 🖵 ضعیف🖵 |
| فعالیت اجرایی | دارد 🖵 ندارد 🖵 |

**\* با توجه به کلیه جوانب و موارد فوق با ترفیع ایشان:** موافقت می گردد🖵 مخالفت می گردد 🖵

**5) نظریه نهایی کمیته ترفیع دانشگاه:**

پس از بررسی موارد فوق در جلسه مورخه .............................. با اعطای یک پایه ترفیع سالیانه از زمان استحقاق به نامبرده موافقت گردید 🖵 مخالفت گردید🖵.

#### دبير كميته ترفيع اعضاي هيأت علمي و رئیس دانشکده پیراپزشکی معاون آموزشي دانشكده پیراپزشكي

#### 

#### معاون آموزشي و دبير كميته ترفيع اعضاي هيأت علمي دانشگاه معاون توسعه و مدیریت منابع دانشگاه معاون تحقیقات و فن آوری دانشگاه

#### معاون درمان دانشگاه رئيس دانشگاه و رئيس كميته ترفيع اعضاي هيأت علمي دانشگاه