**محرمانه**

نظر **رئیس دانشکده......................** درخصوص خانم / آقای دکتر **.......................................** برای نیمسال .....................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **عنــوان** | **بسیارخوب** | **خوب** | **متوسط** | **ضعیف** |
| 1 | رعایت آداب و رفتار اجتماعی مناسب و حسن خلق با همکاران و دانشجویان و احترام متقابل  |  |  |  |  |
| 2 | همکاری موثر با دانشکده و دانشگاه در انجام امور ارجاعی |  |  |  |  |
| 3 | ارائه پیشنهادهای سازنده در راستای ارتقای دانشکده/ دانشگاه |  |  |  |  |
| 4 | داشتن تعهد و مسئولیت پذیری |  |  |  |  |
| 5 | رضایت دانشجویان و نداشتن اعتراضات دانشجویی |  |  |  |  |
| 6 | رضایت همکاران (اعم از هیات علمی و کارمندان) دانشکده |  |  |  |  |
| 7 | رضایت از نحوه انجام وظایف محوله  |  |  |  |  |

**توجه: لازم است این فرم توسط تمامی روسای دانشکده که در بازه زمانی 8 نیم سال منتهی به دوره تبدیل وضعیت/ ارتقا عضو محترم هیات علمی متصدی مسئولیت مربوطه بوده اند برای هر یک از این 8 نیم سال بصورت مجزا تکمیل و ارسال شود**.

**نام و نام خانوادگی رئیس دانشکده......................................**

 **امضا..............................................**

 **تاریخ.........................................**