

فرم درخواست تمدید طرح و لایحه



شماره :

تاریخ :

نام:	نام خانوادگی:	شماره ملی:
رشته تحصیلی: پزشکی ☐ دندانپزشکی ☐ داروسازی ☐ پرستاری ☐	اتاق عمل ☐ هوشبری ☐ رادیولوژی ☐ علوم آزمایشگاهی ☐	مقطع تحصیلی:
بهداشت دهان ☐ مامایی ☐ فوریت‌های پزشکی ☐ پرستاری دندانپزشکی ☐		منطقه محل خدمت:
		واحد محل خدمت:
		تاریخ پایان طرح:
		نمره ارزشیابی سال قبل:

تعهدنامه	احتراماً اینجانب با اطلاع کامل و کافی از مفاد مصوبه، در خواست تمدید طرح دارم و تعهد می نمایم در صورت تمایل به توقف طرح، از دو ماه قبل درخواست خود را اعلام می نمایم. نام و نام خانوادگی: _____ امضا و اثر انگشت _____
----------	---

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

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

نام و امضاء مسئول مستقیم	نام و امضاء مسئول حراست	نام و امضاء مدیر
--------------------------	-------------------------	------------------

نظریه معاونت تخصصی	آیا بر اساس شاخص نیازسنجی واحد مربوطه به نیرو نیاز دارد؟ بلی ☐ خیر ☐ ✓ با توجه به عدم نیاز در واحد محل خدمت، امضاء مدیریت _____ پیشنهاد می گردد. امضاء معاونت _____
--------------------	--

نظریه مدیریت بودجه	حقوق و مزایای نامبرده از محل درآمدهای اختصاصی واحد / بودجه عمومی برنامه به مدت _____ تامین می گردد. امضاء مدیریت بودجه _____
--------------------	---

تأیید نهایی	✓ با توجه به موارد مطروحه، طرح خانم/آقای _____ به مدت _____ سال، تمدید می گردد. امضاء مسئول واحد طرح و لایحه _____ امضاء رئیس اداره تأمین و توزیع نیروی انسانی _____ امضاء مدیر توسعه سازمان و منابع انسانی _____
-------------	--