|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **فرم تفاهم ‌نامه عملکرد اعضا (حدود انتظارات)** | | | | | |
| **نام و نام خانوادگی: بهاره محدود** | **شماره ملی:** | **عنوان شغلی(سمت): مربی** | | | |
| **معاونت و واحد محل خدمت:دانشکده پیراپزشکی** | **دبیر کمیته: آموزش نوین و مجازی** | **نام ارزیابی‌کننده: ریاست دانشکده پیراپزشکی** | | **تاریخ: 27/6/1402** | |
| **اهداف و انتظارات عملکردی(بر اساس اهداف و استراتژی‌های دانشکده پیراپزشکی و در چارچوب شرح وظایف کمیته آموزش مجازی** | | | | | |
| **حدود انتظارات (متناسب با اهداف عملکردی کمیته)** | | | **کیفیت عملکرد** | **کیفیت عملکرد** | **کیفیت عملکرد** |
| **عالی** | **خوب** | **متوسط** |
| 1. **گسترش روش های بهینه و نوین آموزش در روش تدریس، توانمندسازی اساتید در حوزه آموزش پزشکی با همکاری کمیته توانمندسازی اساتید** | | |  |  |  |
| 1. **افزایش بهره وری آموزشی با استفاده از آموزش به شیوه نوین** | | |  |  |  |
| 1. **همکاری و نظارت بر تدوین طرح دوره و برنامه ریزی دروس با همکاری کمیته طرح دوره** | | |  |  |  |
| 1. **کنترل و نظارت کیفی بر اجرای واحد های درسی آموزش مجازی در دانشکده** | | |  |  |  |
| 1. **برگزاری جلسات با اعضای کمیته به طور منظم** | | |  |  |  |
| 1. **تعامل با واحد آموزش مجازی EDC دانشگاه در خصوص اطلاع رسانی و اجرای دستورالعمل ها و آیین نامه های مربوطه** | | |  |  |  |
| **ارزیابی‌کننده: مسئول دفتر توسعه آموزش دانشکده پیراپزشکی ارزیابی‌کننده: معاونت آموزشی دانشکده پیراپزشکی**  **تاریخ و امضاء: تاریخ و امضاء:** | | | | | |
| **تایید‌کننده نهایی: ریاست دانشکده پیراپزشکی**  **تاریخ و امضاء:** | | | | | |
| **این‌جانب با مافوق مستقیم موارد فوق را مرور کرده و متعهد می‌شوم همه انتظارات موجود در این موافقت‌نامه را که برای من کاملاً شفاف می‌باشد، در هر ترم برآورده سازم.**  **نام و نام خانوادگی ارزیابی‌شونده:**  **تاریخ و امضاء:** | | | | | |