باسمه تعالی

فرم اظهار نظر ریاست و شورای معاونین دانشکده در مورد فعالیتهای آموزشی مدرس

**اظهار نظر در مورد فعالیتهای آموزشی سرکارخانم دکتر / جناب آقای دکتر ...........................................**

**عضو محترم هیات علمی گروه ......................................... دانشکده .........................................................**

**هدف :** آشنایی با نحوه ی فعالیتهای آموزشی همکاران محترم هیات علمی با استفاده از نظریات مسئولین محترم به منظور ارتقاء کیفیت وظایف محوله

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | موضوع | عالی | خوب | متوسط | ضعیف | خیلی ضعیف | نظری ندارد |
| 1 | کیفیت کلی تدریس در مقایسه با دیگر اعضاء هیئت علمی دانشکده |  |  |  |  |  |  |
| 2 | تعهد و مسئولیت پذیری در امر آموزش |  |  |  |  |  |  |
| 3 | نظارت بر انجام پایان نامه های مربوطه در مواردی که به عنوان استاد راهنما به ایشان داده می شود |  |  |  |  |  |  |
| 4 | رعایت اصول اخلاق اسلامی درامر آموزش و داشتن وجدان کاری |  |  |  |  |  |  |
| 5 | قدرت ابتکار و خلاقیت در امر آموزش |  |  |  |  |  |  |
| 6 | میزان توجه و جدیت در ارزیابی دانشجویان |  |  |  |  |  |  |
| 7 | تمایل به همکاری در ارتقاء کیفی آموزش |  |  |  |  |  |  |
| 8 | همکاری موثر با دانشکده و مسئولین در امور آموزشی |  |  |  |  |  |  |
| 9 | تمایل و همکاری در برنامه های اشتراکی آموزشی |  |  |  |  |  |  |
| 10 | مسئولیت پذیری در آموزش |  |  |  |  |  |  |

اگر استاد مورد نظر شما بر اساس داشتن تمامی صفات ، نمره 10 داشته باشد و حداقل نمره صفر در نظر گرفته شود ، در مجموع این استاد را با چه نمره ای ارزیابی می کنید ؟ لطفا با علامت ضربدر مشخص نمایید .

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

**محل امضاء ریاست دانشکده محل امضاء معاون آموزشی دانشکده محل امضاء معاون پژوهشی دانشکده**

**آدرس : کاشان – بلوار قطب راوندی – دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان – دانشکده دندانپزشکی - کد پستی : 88141 - 87159 تلفن ونمابر : 55620045- 031**

**Website :** [**www.dnt.kaums.ac.ir**](http://www.dnt.kaums.ac.ir) **Email: dnt@ kaums.ac.ir**