

فرم شماره ۷ : تفاهم نامه ارزیابی عملکرد کارکنان و مدیران دانشگاه فنی و حرفه ای

مشخصات ارزیابی شونده

۱- نام دستگاه:	۲- نام و نام خانوادگی:	۳- شماره پرسنلی:
۴- کد ملی:	۵- عنوان پست سازمانی:	۶- واحد سازمانی:
۷- دوره ارزیابی از تاریخ ۱۳۹۰/۷/۱ تا تاریخ ۱۳۹۰/۶/۳۱		

ابتدای دوره

-ارزیابی کننده قبل از تکمیل فرم ها باید دستورالعمل ارزیابی کارکنان را به دقت مطالعه نماید.
 -در ابتدای دوره، ارزیابی کننده ضمن تدوین شاخصهای اختصاصی شغلی بر اساس شرح وظایف و تعیین هدف مطلوب با ارزیابی شونده به توافق رسیده و در قسمت قرارداد از ارزیابی شونده امضاء دریافت نماید.
 -ارزیابی کننده ملزم می باشد هر سه ماه یکبار فرم بررسی مستمر عملکرد را تکمیل و به اطلاع ارزیابی شونده برساند.
 -ارزیابی کننده ضمن تدوین فرم های لازم، نظرسنجی از همکاران و ارباب رجوع (به صورت محرمانه) در طول دوره، امتیاز لازم جهت بند رضایت ارباب رجوع را محاسبه نماید.
 -ارزیابی کننده در طول دوره تدابیری برای رشد یا اصلاح و بهبود عملکرد ارزیابی شونده به عمل آورد.

قرارداد ارزیابی عملکرد

اینجانب با آگاهی کامل از مفاد فرم ارزیابی عملکرد (شاخص اختصاصی و عمومی ضمیمه تفاهم نامه) موافقت خود را نسبت به ارزیابی بر اساس فرم مذکور اعلام می نمایم.

نام و نام خانوادگی ارزیابی شونده:		نام و نام خانوادگی ارزیابی کننده:	
سمت:	تاریخ:	سمت:	تاریخ:
امضاء		امضاء	

پایان دوره

-در پایان دوره ارزیابی کننده تمامی مدارک و مستندات ارزیابی شونده، فرم های بررسی مستمر، فرم رضایت ارباب رجوع و همکاران را به دقت مورد بررسی قرار داده و اقدام به محاسبه امتیازات نماید.
 -پس از پایان شهریور ماه ارزیابی کننده بعد از محاسبه امتیازات، فرم ها را در سه نسخه تایپ شده تنظیم و جهت بازخورد و دریافت امضاء به ارزیابی شونده ارائه و پس از تأیید توسط تأیید کننده، لیست امتیازات همراه یک نسخه از فرم ها برای انجام مراحل بعدی به ارزیابی عملکرد تحویل نماید.
 -در صورتی که ارزیابی شونده به نتیجه ارزیابی عملکرد خویش معترض باشد پس از امضاء فرم ارزیابی، اقدام به تکمیل فرم اعتراض نموده و همراه مستندات آنرا حداکثر ظرف مدت ۱۰ روز تحویل کمیته رسیدگی به اعتراضات ارزیابی کارکنان مرکز آموزشی نماید.

نتیجه ارزیابی عملکرد

امتیاز شاخص اختصاصی	امتیاز شاخص عمومی	جمع کل امتیاز

نسبت به نتیجه ارزیابی خویش اعتراض ندارم اعتراض دارم

ارزیابی شونده: نام و نام خانوادگی: ارزیابی کننده: نام و نام خانوادگی:

تاریخ و امضاء: تاریخ و امضاء:

بررسی اعتراضات

در جلسه کمیته رسیدگی به اعتراضات دانشگاه/آموزشکدهمورخ.....اعتراض شمارهمورد بررسی قرار گرفت اعتراض مورد پذیرش نمی باشد <input type="checkbox"/> می باشد <input type="checkbox"/> و امتیاز به تغییر یافت.	در جلسه کمیته رسیدگی به اعتراضات استانمورخ.....اعتراض شمارهمورد بررسی قرار گرفت اعتراض مورد پذیرش نمی باشد <input type="checkbox"/> می باشد <input type="checkbox"/> و امتیاز به تغییر یافت.	در جلسه کمیته رسیدگی به اعتراضات دانشگاه/آموزشکدهمورخ.....اعتراض شمارهمورد بررسی قرار گرفت اعتراض مورد پذیرش نمی باشد <input type="checkbox"/> می باشد <input type="checkbox"/> و امتیاز به تغییر یافت.
مهر و امضاء رئیس کمیته رسیدگی به اعتراضات ارزیابی سازمان مرکزی	مهر و امضاء رئیس کمیته رسیدگی به اعتراضات ارزیابی استان	مهر و امضاء رئیس کمیته رسیدگی به اعتراضات ارزیابی دانشگاه/آموزشکده