

**باسمه تعالي**

**فرم ارزیابی گزارش عملکرد دانشجویان کارشناسی ارشد دانشکده توانبخشی**

**گروه: تاریخ:**

**کلیه دانشجویان دکترای تخصصی ملزم می باشند پس از تایید عنوان پایان نامه در شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده در پایان هر شش ماه نسبت به ارایه گزارش پیشرفت کار پایان نامه خود مطابق با این فرم اقدام نمایند.**

**کلیه دانشجویان کارشناسی ارشد ملزم می باشند پس از انتخاب واحد پایان نامه (تایید در شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده)، در پایان هر سه ماه نسبت به ارایه گزارش پیشرفت کار مطابق با این فرم اقدام نمایند.**

|  |
| --- |
| **مشخصات دانشجو** |
| **نام و نام خانوادگي** | **شماره دانشجويي** | **رشته** | **گرايش** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **مشخصات استاد راهنما** |
| **نام و نام خانوادگي** | **مرتبه علمي** | **رشته** | **گرايش** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **گزارش كار پايان نامه (توسط دانشجو تکمیل شود)** |
| **عنوان پايان نامه :** **تاریخ تصویب در شورای تحصیلات تکمیلی:** **تاریخ احتمالی دفاع:**  |
| 1. **خلاصه اي از فعاليت هاي انجام شده از تاريخ لغايت**
 |
| 1. **عناوين فعاليت هاي پيش بيني شده در نيمسال تحصيلي آينده:**
 |
| 1. **مشكلات حين انجام كار و ارائه پيشنهادات:**
 |

|  |
| --- |
| **ارزيابي استاد راهنما** |
| **معيارهاي ارزش** | **عالي** **100-76** | **خوب** **51-75** | **متوسط** **26-50** | **ضعيف** **0-25** |
| **اجراي پايان نامه مطابق جدول پيش بيني شده (برنامه زمانی که در ابتدا توسط استاد راهنما برای دانشجو جهت انجام پایان نامه تعیین شده است).** |  |  |  |  |
| **عمل به توصيه ها و پيشنهادات اساتيد راهنما و مشاور** |  |  |  |  |
| **حضور مستمر دانشجو جهت انجام تحقيقات** |  |  |  |  |
| **تعداد جلسات دانشجو با استاد راهنما:** |  |

|  |
| --- |
| **نظرات تكميلي استاد راهنما** |
|  |
| **شرکت در برنامه های گروه: این قسمت توسط مدیر گروه یا مدیر تحصیلات تکمیلی تایید می گردد****ژورنال کلاب دفاع پایان نامه سمینار کارگاه****فعالیت های اجرایی (ذکر شود) کمیته توسعه آموزش کمیته تحقیقات دانشجویی**  |
| **فعالیت های دانشجو :****چاپ مقاله: تصویب طرح تحقیقاتی: ارایه مقاله در کنگره یا همایش: تدریس واحد:** |
| **حضور فیزیکی دانشجو در دانشکده:** |

|  |
| --- |
| **گزارش عملکرد فوق الذکر به اينجانب تحويل گرديد. امتیاز ایشان با توجه به عملکرد .............****عالی خوب متوسط ضعیف** **نام و نام خانوادگی و امضا مدیرگروه** |

|  |
| --- |
| **واحد آموزش تحصیلات تکمیلی دانشکده** **مراتب جهت اطلاع, پیگیری و درج در پرونده آموشی دانشجو.** **امضا معاون آموشی و تحصیلات تکمیلی دانشکده** |

**نكات ضروري:**

**لازم به ذکر است در صورتی که گزارش پیشرفت توسط دانشجو ارایه نشود یا عملکرد دانشجو در در حد قابل قبولی نباشد اجازه انتخاب واحد به وی داده نشده و با درخواست سنوات ایشان مخالفت می گردد.**