***دانشگاه علوم پزشکی یاسوج***

***فرم اعتراض به نتایج ارزیابی عملکرد کارکنان***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1-نام موسسه : | 2-نام ونام خانوادگی : | | 3-کد ملی : | |
| 4-عنوان پست سازمانی : | 5-واحد سازمانی محل خدمت : | | 6-امتیاز ارزیابی مورد اعتراض : | |
| نام ونام خانوادگی وسمت ارزیابی کننده : | | | | |
| **شماره ثبت دبیر خانه :** | | **تاریخ :** | | |
| **شرح اعتراض همرا ه با مستندات** : | | | | |
| **نتیجه بررسی اعتراض** : | | | | |
| **امتیاز تایید شده پس از بررسی : به عدد به حروف میباشد.** | | | | |
| **نام ونام خانوادگی کمیــته رسیدگی به اعتراض** | | | | **امضا ء** |
| 1- | | | |  |
| 2- | | |  | |
| 3- | | |  | |
| 4- | | |  | |