**صورتجلسه طرحهای پسا دکتری مشترک دانشگاه با صندوق حمایت از پژوهشگران و فناوران**

|  |
| --- |
| **الف) مشخصات فردی مجری (تکمیل توسط پژوهشیار فرادکتری)** |
| 1.­­ نام و نام خانوادگی: | 2.­ ­شماره ملی:  | 3. دانشگاه محل تحصیل دوره دکتری: |
| 4.­ رشته و گرایش: | 5. تلفن همراه: |
| 6.­ آدرس محل زندگی:  |
| 6. تعهد می نمایم که در دانشگاه حضور تمام وقت داشته باشم.  **امضای متقاضی: تاریخ:** |
| **ب) مشخصات طرح و استاد (تکمیل توسط استاد مسئول)**  |
| 7. عنوان طرح: 8. نوع طرح: بنیادی[ ]  توسعه­ای [ ]  کاربردی[ ]  9. شرح خلاصه طرح: 10. اینجانب ...................................................................................... عضو هیات علمی دانشکده ...................................................................... دارای مرتبه علمی ...................... ضمن تایید طرح فوق و اعلام تطابق آن با اولویتهای صندوق و دانشگاه، مسئولیت انجام طرح پژوهشی توسط آقا/ خانم............................................................................... و ارائه گزارش ماهیانه به معاونت پژوهشی دانشگاه را می پذیرم؛ (رزومه اینجانب پیوست می باشد) **نام و نام خانوادگی عضو هیات علمی (استاد مسئول) امضا:** **تاریخ:** |
| **ج) نظر کارگروه ارزیابی طرح جهت ارائه به صندوق حمایت از پژوهشگران و فناوران**  |
| 11. طرح از نظر علمی و تکنیکی بررسی شد و تطابق طرح از نظر قابلیت انجام و دستورالعمل ها و شیوه نامه صندوق و امکانات دانشکده طبق زمانبندی پروپوزال آن تایید می­گردد.**داور و ناظر علمی (خارج از دانشگاه): نام و نام خانوادگی امضاء محل خدمت:****رئیس دانشکده: نام و نام خانوادگی امضاء مهر دانشکده****نماینده معاون پژوهشی دانشگاه: نام و نام خانوادگی امضاء مهر معاونت پژوهشی** **نماینده صندوق: نام و نام خانوادگی امضاء مهر**  |

شماره پیگیری در دانشگاه