**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