

(استمارة تقييم طالب/طالبة إمتياز Internship Evaluation Form)

				اسم طالب الإمتياز / Name of Intern	
				رقم الطالب الجامعي / University ID Number	
				القسم الأكاديمي / Academic Department	
				جهة التدريب / Training Institution	
		من / From		فترة التدريب / Training Period	
		إلى / To		<input type="checkbox"/> 1 st Period / الفترة الأولى <input type="checkbox"/> 2 nd Period / الفترة الثانية	

Evaluation Form / نموذج التقييم		
Other comments / ملاحظات	Evaluation criteria / معايير تقييم الأداء	
	10	المعرفة والتحصيل العلمي / Background and knowledge
	10	جودة إتقان العمل / Quality of works
	10	الحضور والمواظبة / Attendance
	10	إنجاز العمل بالوقت المحدد / Completion of assigned work
	10	السلوك المبادئ الأخلاقية / Principles of ethics & behavior
	10	مهارات التخاطب / Communication skills
	10	روح فريق العمل / Interpersonal relations/teamwork
	10	القدرة على العمل منفرداً / Ability to work independently
	10	إتباع تعليمات جهة التدريب / Following institution policies
	10	التقيد بإجراءات الأمن والسلامة / Following safety procedures
	100	مجموع الدرجات / Total marks

إجازة أمومة Maternity Leave	إجازة تعليمية Educational Leave	إجازة إضطرارية Emergency Leave	إجازة سنوية Annual Leave	الإجازات المعتمدة بالأيام Approved Leaves (Days)
				عدد أيام الغياب Absent Days
	الإجازة المرضية بالأيام Sick Leave Days			

الرجاء ارسال التقييم في ظرف مغلف ومختوم (Please send in sealed & stamped envelop)

الختم الرسمي / Official stamp	اسم المشرف على التدريب وتوقيعه Supervisor name & signature
	اسم رئيس القسم بجهة التدريب وتوقيعه Head of department name & signature

لإستخدام الكلية الرسمي فقط / For Faculty of Applied Medical Sciences Use only

الدرجة النهائية والتوصية	مجموع درجات تقييم جهة التدريب الفترة الثانية	مجموع درجات تقييم جهة التدريب الفترة الأولى	النتيجة النهائية
100	100	100	التوصية
رسوب	إعادة فترة التدريب	إجتياز	اسم الدكتور وتوقيعه
مصادقة عميد الكلية	مصادقة قسم التدريب الإكلينيكي	مصادقة رئيس القسم وتوقيعه	

● ملاحظة: يجب إكمال تقييمات الطالب/ة الخاصة بكل قسم على حدة

