**نام استاد مشاور:**

**رشته تحصيلي دانشجو : جنس دانشجو : نيمسال: سال تحصيلي: ترم:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | عالی | خوب | متوسط | نامطلوب |
| مناسب بودن زمان و مکان انجام مشاوره توسط استاد مشاور |  |  |  |  |
| در دسترس بودن استاد مشاور در ساعات اعلام شده طبق برنامه |  |  |  |  |
| حوصله و گشاده رویی استاد مشاور هنگام مراجعه شما |  |  |  |  |
| تشکیل پرونده جهت دانشجو و ثبت مراجعات دانشجویی |  |  |  |  |
| بررسي و پيگيري مسايل و مشكلات مطرح شده از طرف شما |  |  |  |  |
| میزان هماهنگی با واحد مشاوره روانشناختی امور دانشجویی ، فرهنگی جهت رفع مسائل و مشکلات شما |  |  |  |  |
| میزان توجه و پیگیری وضعیت تحصیلی شما در طول دوره تحصیلی |  |  |  |  |
| میزان هماهنگی با اداره آموزش دانشکده در مورد مسائل و مشکلات دانشجویان |  |  |  |  |
| تشکیل جلسات گروهی جهت توجیه دانشجویان با وظایف استاد مشاور ، برنامه ریزی مربوط به امور آموزش ، دانشجویی |  |  |  |  |
| راهنمایی شما در مورد فرصتهای شغلی در حین تحصیل و پس از فراغت از تحصیل |  |  |  |  |
| تسلط استاد مشاور در ارتقای فردی ، دادن روحیه ، نشاط تحصیلی و اجتماعی |  |  |  |  |
| میزان تلاش استاد مشاور شما در آشنا نمودن شما با امکانات دانشگاه |  |  |  |  |
| میزان تلاش استاد مشاور شما در آشنا نمودن شما با مقررات آموزش( انتقال ، مهمانی ،جابجایی و ...) |  |  |  |  |
| میزان تلاش استاد مشاور شما در آشنا نمودن شما با مقررات دانشجویی |  |  |  |  |
| توانایی استاد در شناسایی توانمندی ها و استعدادهای شما |  |  |  |  |
| ارائه راهنمایی مناسب به شمادر زمینه روشهای صحیح مطالعه و برنامه ریزی تحصیلی |  |  |  |  |
| ميزان آشنايي استاد مشاور به وظايف و اختيارات خود از ديدگاه شما |  |  |  |  |
| تمايل شما به ادامه مشاوره با استاد مشاور مورد نظر |  |  |  |  |
| در کل نظر شما نسبت به استاد مشاور خود در امور مشاوره و راهنمایی تحصیلی |  |  |  |  |  |