

A1

به نام خدا


فرم مشخصات متخصص ارزیاب سیستم با عنوان Optical Stimulus System

با سلام؛

خواهشمند است جهت ارتقا سطح سیستم فوق الذکر برای حصول تمرینات موثرتر، چک لیست ارزیابی قرار گرفته در اختیار خود و همچنین اطلاعات زیر را تکمیل نمایید.

مشخصات فرد تکمیل کننده چک لیست ارزیابی	
نام:	محمد
نام خانوادگی:	توکلی
شماره ملی:	۱۲۸۷۱۹۷۲۳۱
مسئولیت در مرکز توانبخشی خانواده و کودک کم بینا و نابینای توکل:	مدیریت
آخرین مدرک تحصیلی:	کارشناس ارشد
سابقه کار:	۱۲ سال
کد چک لیست ارزیابی:	A1

تاریخ: ۹۷، ۱، ۲۳

امضاء: 

به نام خدا

A2


فرم مشخصات متخصص ارزیاب سیستم با عنوان Optical Stimulus System

با سلام؛

خواهشمند است جهت ارتقا سطح سیستم فوق الذکر برای حصول تمرینات موثرتر، چک لیست ارزیابی قرار گرفته در اختیار خود و همچنین اطلاعات زیر را تکمیل نمایید.

مشخصات فرد تکمیل کننده چک لیست ارزیابی	
نام:	زهرا
نام خانوادگی:	صفدر
شماره ملی:	۶-۴۴-۲۷۷-۱۲۸
مسئولیت در مرکز توانبخشی خانواده و کودک کمبینا و نابینای	
توکل:	مهربان آرزو
آخرین مدرک تحصیلی:	لیسانس روانشناسی
سابقه کار:	در مرکز توانبخشی کودک و نوجوان
کد چک لیست ارزیابی:	A2

تاریخ: ۹۷/۱/۲۴

امضاء: 


به نام خدا

A3

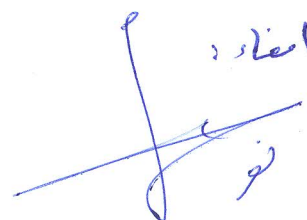
فرم مشخصات متخصص ارزیاب سیستم با عنوان Optical Stimulus System

با سلام؛

خواهشمند است جهت ارتقا سطح سیستم فوق الذکر برای حصول تمرینات موثرتر، چک لیست ارزیابی قرار گرفته در اختیار خود و همچنین اطلاعات زیر را تکمیل نمایید.

مشخصات فرد تکمیل کننده چک لیست ارزیابی	
نام: 	
نام خانوادگی: نصرآزادان	
شماره ملی: ۱۱۴۲۴۳۰۹۱۱	
مسئولیت در مرکز توانبخشی خانواده و کودک کمبینا و نابینای	
توکل: مربی - مدیر آموزشی	
آخرین مدرک تحصیلی: کارشناسی ارشد کودکان استثنایی	
سابقه کار: ۳ سال و ۶ ماه در مرکز استثنایی	
کد چک لیست ارزیابی: A3	

تاریخ: ۱۳۹۸/۱/۲۳

امضاء: 
نفر

به نام خدا

۸۴

فرم مشخصات متخصص ارزیاب سیستم با عنوان Optical Stimulus System

با سلام؛

خواهشمند است جهت ارتقا سطح سیستم فوق الذکر برای حصول تمرینات موثرتر، چک لیست ارزیابی قرار گرفته در اختیار خود و همچنین اطلاعات زیر را تکمیل نمایید.

مشخصات فرد تکمیل کننده چک لیست ارزیابی	
نام:	محبه
نام خانوادگی:	طایی
شماره ملی:	۱۲۰-۹۷۶۷۲-۲
مسئولیت در مرکز توانبخشی خانواده و کودک کم بینا و نابینای توکل:	مسئول آموزش
آخرین مدرک تحصیلی:	کارشناسی ارشد روانشناسی
سابقه کار:	۳ سال مسئول آموزش در مرکز کودکان کم بینا و نابینا
کد چک لیست ارزیابی:	۸۹

تاریخ: ۹۷/۱/۲۳

امضاء: طایی

به نام خدا

A5

فرم مشخصات متخصص ارزیاب سیستم با عنوان Optical Stimulus System

با سلام؛

خواهشمند است جهت ارتقا سطح سیستم فوق الذکر برای حصول تمرینات موثرتر، چک لیست ارزیابی قرار گرفته در اختیار خود و همچنین اطلاعات زیر را تکمیل نمایید.

مشخصات فرد تکمیل کننده چک لیست ارزیابی	
نام:	لیلا
نام خانوادگی:	مهدی
شماره ملی:	۱۲۸ ۳۸۴ ۵۵۳۶
مسئولیت در مرکز توانبخشی خانواده و کودک کم‌بینا و نابینای	
توکل:	مرب
آخرین مدرک تحصیلی:	دانشجوی ارشد
سابقه کار:	۱۳ سال سابقه کار
کد چک لیست ارزیابی:	A5

تاریخ: ۹۷/۱/۲۴

امضا: 