

**แบบประเมินศักยภาพบุคคล**

**(กรณีการรับเงินประจำตำแหน่งสำหรับตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ)**

**ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

**ของ**

**ชื่อ-นามสกุล ........................................................**

**ตำแหน่ง/ระดับ.....................................................ตำแหน่งเลขที่.......................**

**ส่วนราชการ........................................................................**

**ขอประเมินบุคคลเพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง**

**ตำแหน่ง/ระดับ.....................................................ตำแหน่งเลขที่.......................**

**ส่วนราชการ........................................................................**

****

**แบบประเมินศักยภาพ**

**(กรณีการรับเงินประจำตำแหน่งสำหรับตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ)**

**ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

|  |
| --- |
| **ส่วนที่ ๑ ข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับการประเมิน** |
| ๑. ชื่อ-นามสกุล………………………………………………………………………………..………………………………………………………๒. ตำแหน่ง(ปัจจุบัน) …………………………………………………………………… ตำแหน่งเลขที่ …………………………………… งาน/ฝ่าย/กลุ่ม …………………………………………………………………………………………………………………….……………… กอง/ศูนย์/สำนัก ……………………………………………………………………………………………………………………………….… ดำรงตำแหน่งปัจจุบันเมื่อ……………………………………………อัตราเงินเดือนปัจจุบัน ……………………………………..…๓. ขอประเมินเพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง.......................................................ตำแหน่งเลขที่.........………………...… งาน/ฝ่าย/กลุ่ม ………………………………………………………………………………………………………………………………….… กอง/ศูนย์/สำนัก ……………………………………………………… กรม ……………………………………………………………..…๔. ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่ขอรับเงินประจำตำแหน่ง………………ปี…………เดือน๕. ประวัติส่วนตัว (จาก ก.พ. ๗) เกิดวันที่ …………………………………… เดือน …………………………………… พ.ศ. ………………… อายุราชการ …………… ปี ………… เดือน6. ประวัติการศึกษา (ให้ระบุวุฒิทุกวุฒิที่ได้รับตั้งแต่แรกบรรจุ)  คุณวุฒิและวิชาเอก ปีที่สำเร็จการศึกษา สถาบัน (ปริญญา/ปริญญาบัตร) ………………………..……… ……………….………………… ………….......….……………… ………………………..……… ……………….………………… ………….......….………………  ………………………..……… ……………….………………… ………….......….………………7. ประวัติการรับราชการ  วัน เดือน ปี ตำแหน่ง อัตราเงินเดือน สังกัด (ตั้งแต่วันที่-วันที่) …………………… …………………… …………………… …………………… …………………… …………………… …………………… …………………… …………………… …………………… …………………… …………………… …………………… …………………… …………………… …………………… …………………… …………………… …………………… ……………………(ให้ใส่ตั้งแต่แรกบรรจุ และรอบการเลื่อนเงินเดือน เมษายน และ เดือนตุลาคม และใส่เงินเดือนที่มากกว่า) |

-3-

|  |
| --- |
| **ส่วนที่ ๑ ข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับการประเมิน (ต่อ)** |
| ๘. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งที่ดำรงอยู่ หรือที่ได้รับมอบหมาย ณ ปัจจุบัน …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. **9. คุณลักษณะที่จำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติงานในตำแหน่งดังกล่าว** **9.1 ความรู้** (ระบุความรู้ในด้านต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องใช้เพื่อปฏิบัติงานในตำแหน่ง)……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  **9.2 ความสามารถ** (ระบุความสามารถที่จำเป็นต้องใช้เพื่อปฏิบัติงานในตำแหน่ง)……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  **9.3 ทักษะความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ที่จำเป็น**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  **9.4 คุณลักษณะอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ขอรับรองว่าข้อรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ (ลงชื่อ) .............................................................ผู้ขอรับการประเมิน (...........................................................) ตำแหน่ง ............................................................... วันที่..............เดือน ............................พ.ศ. ................ |
| **ส่วนที่ 2 การประเมินศักยภาพบุคคล (สำหรับผู้บังคับบัญชา) คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน**-4- |
| **ก. การประเมินของผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมกำกับดูแลการปฏิบัติงาน** |
| รายการประเมิน | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้รับ |
| **๑. ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน** มีความรู้ความชำนาญ ความสามารถในงานที่ปฏิบัติ โดยพิจารณาจากประสิทธิภาพ ประสิทธิผลจากการปฏิบัติงาน สามารถแก้ไขปรับปรุงงานให้บรรลุผลสำเร็จได้เป็นอย่างดี และการพัฒนาปรับปรุงงานที่ปฏิบัติให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น | 30 |  |
| **2. คุณภาพของงาน** พิจารณาจากความสามารถในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย โดยคำนึงถึงความสำเร็จในเวลาที่กำหนด ความถูกต้องแม่นยำ ความครบถ้วนสมบูรณ์ และความเป็นระเบียบเรียบร้อยของงาน | 25 |  |
| **3. ความรับผิดชอบ** พิจารณาจากความตั้งใจ ความเต็มในและความมุ่งมั่นที่จะทำงาน ที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จและเป็นผลดีแก่ทางราชการ มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ ตลอดทั้งไม่ละเลยต่องานและพร้อมที่จะรับผิดชอบต่อผลของงานที่เกิดขึ้น  | 25 |  |
| **4. ความประพฤติและความสามารถในการปฏิบัติงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานอย่างมีประสิทธิภาพ** พิจารณาจากความเอาใจใส่ในหน้าที่ กระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน อุทิศเวลาให้กับทางราชการ มีความขยันหมั่นเพียรตลอดจนความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น ยอมรับฟัง ความคิดเห็นของผู้อื่น และ ยอมรับในความสามารถของผู้ร่วมงานทุกระดับ  | 20 |  |
| **รวมคะแนน** | **100** |  |
| **หมายเหตุ** ผู้ที่ผ่านการประเมินจะต้องได้รับการพิจารณาให้ “ผ่าน” จากผู้บังคับบัญชาผู้มีหน้าที่ประเมินศักยภาพ โดยจะต้องได้รับคะแนนในแต่ละองค์ประกอบไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 และได้คะแนนรวมทุกองค์ประกอบไม่น้อยกว่าร้อยละ 60  (ลงชื่อ).........................................................(ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล)(........................................................)ตำแหน่ง.................................................................วันที่............เดือน.............................พ.ศ........................ |
| **ข. การประเมินของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป 1 ระดับ**-6- |
|  ( ) เห็นด้วย ( ) ไม่เห็นด้วย เนื่องจาก…………………………………………………………………………….....................…………………….…………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  (ลงชื่อ) .................................................ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป (…………………………………..) (หัวหน้ากลุ่มภารกิจ) ตำแหน่ง ……………………………………………… วันที่ ..................เดือน ..................พ.ศ................... ( ) เห็นด้วย ( ) ไม่เห็นด้วย เนื่องจาก…………………………………………………………………………….....................…………………….…………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  (ลงชื่อ) .................................................ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป (นายเจ๊ะอิดเร๊ะ ดือเระ) ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปัตตานี วันที่ ..................เดือน ..................พ.ศ................... |
|  |

**หมายเหตุ** กรณีข้าราชการที่มาปฏิบัติราชการ ให้ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลผู้ที่มาปฏิบัติราชการและ ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป ดำเนินการประเมินศักยภาพของข้าราชการผู้นั้น และส่งผลการประเมิน ให้ส่วนราชการต้นสังกัดดำเนินการจัดทำคำสั่งให้ข้าราชการพลเรือนสามัญได้รับเงินประจำตำแหน่งต่อไป

-5-

แนบเอกสารประกอบด้วยค่ะ

- สำเนา ก.พ. 7

- วุฒิบัตร/ปริญญาบัตร/ประกาศนียบัตร

- ใบประกอบวิชาชีพฯ

 \*\*\*สำเนาเอกสารที่แนบ รับรองสำเนาถูกต้อง ทุกแผ่น

-----(ลบข้อความนี้ก่อนส่งนะคะ)-----