نام استاندارد اصلی اول : آزمایشگر آزمایشگاه فیزیک سیمان
نام استاندارد فرعی : تجزیه و تحلیل و بررسی گزارش آزمایش فیزیک سیمان

کد استاندارد اصلی اول : ۱۲/۱۹/۱/۲-۰
کد استاندارد فرعی : ۱۲/۱۹/۱/۲/۱-۰

نام استاندارد اصلی دوم :
رشته شغلی : عمران

کد استاندارد اصلی دوم :
استان پیشنهاد دهنده : کردستان

شماره توانایی ها از استاندارد اصلی اول :

۲	۳					

شماره توانایی ها از استاندارد اصلی دوم :

گزاره ها	بلی	خیر	اقدام
آیا درخواست توسط متقاضی (صنعت ، خدمات ، کشاورزی) مهر و امضاء شده است .	√		اگر خیر است به استان برای کامل کردن با ذکر نوع اشکال اعاده شود .
آیا توانایی ها از نظر ساعت و جمله بندی همانند استاندارد اصلی است .	√		اگر جواب خیر است به استان اعاده شود تا اصلاح کنند .
آیا توانایی پیشنهادی با محتوای استاندارد اصلی سازگار است.	√		اگر خیر است به استان اعاده شود تا اصلاح کنند.
آیا تلفیقی از چند استاندارد مرتبط است.		√	
آیا استاندارد مشابه که این موضوع را پوشش دهد وجود دارد .		√	اگر جواب بلی است به استان اعاده و راهنمایی گردند .
آیا توانایی ها برای آن که به یک شغل خاص و یا انجام یک فرایند و یا کارور یک دستگاه انجامد مناسبت دارد .	√		اگر جواب خیر است توانایی هایی که تکمیل کننده است و یا باید حذف شود را مشخص و اصلاح کنید .
آیا توانایی ها به لحاظ ساختار و نیاز با فرض کامل بودن مناسب با آن صنعت است .	√		اگر جواب خیر است با استان در این مورد مذاکره شود .
اگر توانایی ها از هر حیث کامل و معنی دار است .			**۱**- به کد استاندارد اصلی با ممیز اعداد یک تا ده را بیفزایید . **۲**- عنوان ابر توانایی را انتخاب کنید . **۳**- فهرست توانایی های تائید شده را تهیه و در جدول وارد کنید . **۴**- به اداره کل استان ضمن تائید نامه بزنید و به دفتر ارزشیابی مهارت و دفتر آموزش در صنایع نیز رونوشت دهید.

نام و نام خانوادگی کارشناس بررسی کننده :
نام و نام خانوادگی معاون برنامه ریزی درسی مربوطه :

عنوان توانایی بزرگ (ابر توانایی) با توجه به محتوای توانایی های پیشنهادی و نیاز متقاضی :

توانایی آزمایش موزائیک و آجر

شماره توانایی از استاندارد اصلی اول	عنوان توانایی	زمان		جمع
		نظری	عملی	
۲	توانایی تجزیه و تحلیل نتایج آزمایشات فیزیکی سیمان	۱	۶	۷
۳	توانایی بررسی گزارش آزمایشگران فیزیک سیمان	۱	۵	۶
مجموع :		۲	۱۱	۱۳

شماره توانایی از استاندارد اصلی دوم	عنوان توانایی	زمان		جمع
		نظری	عملی	
مجموع :				

نام و نام خانوادگی کارشناس بررسی کننده : **نام و نام خانوادگی معاون برنامه ریزی درسی مربوطه :**