



แบบประเมินคุณสมบัติ และสมรรถภาพทางร่างกายของผู้ปฏิบัติงาน
ด้านกู้ภัย และดับเพลิง ของกรมท่าอากาศยาน
สำหรับการพิจารณาให้ได้รับเงินเพิ่มพิเศษ

ส่วนที่ ๑ สำหรับผู้ขอรับการประเมิน

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ - นามสกุล..... ตำแหน่ง

ตำแหน่งเลขที่ ระดับ..... อายุ.....ปี ประเภท ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ

สังกัด/ท่าอากาศยาน

หมายเลขโทรศัพท์ E-mail

๒. ประวัติการรับราชการ

ลำดับ	วัน/เดือน/ปี	ตำแหน่ง	สังกัด

๒. ประวัติการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับการกู้ภัยและดับเพลิง * กรุณาถ่ายสำเนาหลักฐานแนบประกอบ (ถ้ามี)

ลำดับ	วัน/เดือน/ปี	ชื่อหลักสูตร / รายละเอียดการฝึกอบรม / ดูงาน	หน่วยงานที่ฝึกอบรม

๔. การได้รับคำสั่งมอบหมายให้ไปปฏิบัติงานอื่น

ลำดับ	เลขที่คำสั่ง / วันที่ออกคำสั่ง	รายละเอียดคำสั่ง	ระยะเวลา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบประเมินนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ(ผู้ขอรับการประเมิน)
(.....)
(วันที่)

ส่วนที่ ๒ สำหรับคณะกรรมการประจำท่าอากาศยาน

การตรวจสอบคุณสมบัติ และประเมินสมรรถภาพทางร่างกายผู้ขอรับเงินเพิ่มพิเศษ

๑. ได้รับใบประกาศนียบัตรแสดงว่าผ่านการอบรมหลักสูตรการดับเพลิงและกู้ภัยอากาศยานพาณิชย์พื้นฐาน

() ได้รับ () ไม่ได้รับ

๒. ระยะเวลาการปฏิบัติงานกู้ภัยและดับเพลิงของกรมท่าอากาศยานต่อเนื่องมาแล้ว ปี เดือน

() ครบถ้วนตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

() ไม่ครบถ้วนตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจาก

(เช่น การได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่อื่นโดยตัดขาดจากหน้าที่กู้ภัยและดับเพลิง)

๓. เวลาการมาปฏิบัติงานของผู้ขอรับเงินเพิ่มพิเศษ

() มาปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ มีความตรงต่อเวลาในการปฏิบัติงาน () มาปฏิบัติงานไม่สม่ำเสมอ เช่น ขาด ลา มาสาย

๔. ข้อมูลสถิติวันลาของผู้ขอรับเงินเพิ่มพิเศษ

ปีงบประมาณ ประเภทการลา	จำนวนวันลาพักผ่อน	จำนวนวันลาป่วย	จำนวนวันลากิจส่วนตัว	ลาประเภทอื่นๆ

๕. สมรรถภาพทางร่างกายของผู้ขอรับเงินเพิ่มพิเศษ

ตารางเทียบเกณฑ์ผ่านการทดสอบ (ตามคู่มือทดสอบ)

อายุ	ครั้ง/เวลา/ระยะทาง													
	<๒๒	๒๒-๒๔	๒๕-๒๗	๒๘-๓๐	๓๑-๓๓	๓๔-๓๖	๓๗-๓๙	๔๐-๔๒	๔๓-๔๕	๔๖-๔๘	๔๙-๕๑	๕๒-๕๔	๕๕-๕๗	๕๘-๖๐
วิ่งระยะไกล (๒,๔๐๐ เมตร)	<๑๑.๕๐	<๑๑.๕๐	<๑๒.๐๐	<๑๒.๑๐	<๑๒.๒๐	<๑๒.๔๐	<๑๓.๐๐	<๑๓.๑๐	<๑๓.๓๐	<๑๓.๕๐	<๑๓.๕๐	<๑๔.๐๐	<๑๔.๑๐	<๑๔.๒๐
วิ่งระยะไกล (๒,๔๐๐ เมตร)	<๑๑.๕๐	<๑๑.๕๐	<๑๒.๐๐	<๑๒.๑๐	<๑๒.๒๐	<๑๒.๔๐	<๑๓.๐๐	<๑๓.๑๐	<๑๓.๓๐	<๑๓.๕๐	<๑๓.๕๐	<๑๔.๐๐	<๑๔.๑๐	<๑๔.๒๐
วิ่งระยะไกล (๒,๔๐๐ เมตร)	<๑๑.๕๐	<๑๑.๕๐	<๑๒.๐๐	<๑๒.๑๐	<๑๒.๒๐	<๑๒.๔๐	<๑๓.๐๐	<๑๓.๑๐	<๑๓.๓๐	<๑๓.๕๐	<๑๓.๕๐	<๑๔.๐๐	<๑๔.๑๐	<๑๔.๒๐

ทดสอบวันที่ น้ำหนัก ส่วนสูง อายุ ปี

รายการทดสอบ	ผลการทดสอบ	สรุปผลการทดสอบ	หมายเหตุ
วิ่งระยะไกล (๒,๔๐๐ เมตร)	นาฬิกา	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	
วิ่งระยะไกล (๒,๔๐๐ เมตร)	นาฬิกา	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	
วิ่งระยะไกล (๒,๔๐๐ เมตร)	นาฬิกา	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	

* ผู้ที่ผ่านการทดสอบสมรรถภาพทางร่างกาย จะต้องผ่านการทดสอบทุกรายการที่กำหนดตามตารางเทียบเกณฑ์ผ่านการทดสอบ (ตามคู่มือทดสอบ) โดยหากไม่ผ่านการทดสอบรายการใด ท่านสามารถทดสอบใหม่ในรายการนั้นๆ ได้รายการละ ๒ ครั้ง

สรุปผลการทดสอบสมรรถภาพทางร่างกาย

() ผ่าน () ไม่ผ่าน

๖. ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการปฏิบัติงานของผู้ขอรับเงินเพิ่มพิเศษ (เช่น การเข้าร่วมการฝึกซ้อมกู้ภัยและดับเพลิงประจำเดือน ตามแผนที่ผู้อำนวยการท่าอากาศยานอนุมัติ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ในรอบปีงบประมาณที่ขอรับการประเมิน)

() ผ่าน () ไม่ผ่าน เนื่องจาก.....

๗. พฤติกรรมอื่นๆ ที่เหมาะสมต่อการปฏิบัติงานของผู้ขอรับเงินเพิ่มพิเศษ

() มีพฤติกรรมอื่นๆ ที่เหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน โปรดระบุเหตุผลประกอบ (เช่น ความรับผิดชอบต่อน้ำที่ตรงต่อเวลา ขวนขวายในการเรียนรู้งาน มีจิตสาธารณะ หมั่นดูแลตรวจเช็คสภาพอุปกรณ์ที่ปฏิบัติงานอยู่เสมอ เป็นต้น)

() มีพฤติกรรมอื่นๆ ที่ไม่เหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน โปรดระบุเหตุผลประกอบ (เช่น ไม่มีความรับผิดชอบต่อน้ำที่ดื่มสุราในเวลาปฏิบัติงานที่หรือสถานที่ราชการ ละเลยการปฏิบัติหน้าที่ เป็นต้น)

สรุปการตรวจสอบคุณสมบัติ และประเมิน

- () ผ่าน เห็นควรได้รับเงินเพิ่มพิเศษจำนวนเงิน ๓,๐๐๐ บาท/เดือน
- () ไม่ผ่าน เนื่องจาก

ลงชื่อ..... (ประธานคณะกรรมการประจำท่าอากาศยาน)
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

ลงชื่อ..... (กรรมการ)
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

ลงชื่อ..... (กรรมการ)
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

ลงชื่อ..... (กรรมการ)
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

ลงชื่อ..... (กรรมการและเลขานุการ)
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

ส่วนที่ ๓ : สรุปผลการประเมิน

ผู้ขอรับการประเมิน :	
<input type="checkbox"/> ได้รับทราบผลการประเมินแล้ว	ลงชื่อ :
	ตำแหน่ง :
	วันที่ :
คณะกรรมการประจำท่าอากาศยาน (ประธานคณะกรรมการประจำท่าอากาศยาน) :	
<input type="checkbox"/> ได้แจ้งผลการประเมินและผู้ขอรับการประเมินได้ลงนามรับทราบ	ลงชื่อ :
<input type="checkbox"/> ได้แจ้งผลการประเมินเมื่อวันที่ แต่ผู้รับการประเมินไม่ลงนามรับทราบ โดยมี เป็นพยาน	ตำแหน่ง :
	วันที่ :
ลงชื่อ..... พยาน	
ตำแหน่ง.....	
วันที่.....	