**فرم پایش برنامه مراقبت وقوع و پیامدهای بلایا**

|  |
| --- |
| **اطلاعات این فرم در هفته آخر هر فصل به سطح بالاتر گزارش می شود.** |
| **نام دانشگاه:** | **نام شهرستان:** | **نام مرکز:** | **سال/فصل:** |
| **نام مسئول مدیریت و کاهش خطر بلایا: تلفن: موبایل:** |
| **تعداد کل مخاطرات ثبت شده** | **تعداد مخاطراتی که فرم برنامه برای آنها تکمیل و گزارش شده است.** | **درصد پوشش برنامه****روش محاسبه:تعداد مخاطراتی که فرم برنامه برای آنها تکمیل و گزارش شده است تقسیم بر تعداد کل مخاطرات،ضربدر100****نتیجه با یک رقم اعشار ثبت شود** |
|  |  |  |