

## بسمه تعالی

### دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

#### حوزه معاونت آموزشی

#### ((قرارداد حق التدریس))

تمامی مدرسین دانشگاه علوم پزشکی تبریز اعم از هیات علمی، مدرسین مدعو، مدرسین غیر هیات علمی شاغل در دانشگاه

اعضای محترم هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز لازم است تمام موارد حق التدریس در دانشکده های تابعه و پردیس خودگردان ادغام یافته در تبریز را در یک فرم واحد تکمیل و پس از ضمیمه نمودن لیست حضور غیاب دانشجویان و رونوشت آخرین حکم کارگزینی نیمسال اول و دوم، گزارش استاد راهنما، برنامه هفتگی مدرسین و فرم مشخصات واحدهای تدریس شده پس از تایید فرمها توسط مدیر گروه و معاون آموزشی محترم دانشکده های محل تدریس به اداره آموزش دانشکده ای که خودعضو آن دانشکده می باشید تحویل نماید. و کلاسهای که در پردیس خودگردان مستقر در جلفا برگزار شده قرارداد را بصورت جداگانه تکمیل و به اداره آموزش پردیس در جلفا تحویل داده شود. هرگونه اشکال در تکمیل فرم و اشکال در محاسبه تعداد واحدها به عهده مدرس بوده و در صورت تائید توسط آموزش و مدیر گروه و دیگر مقامات بعهدہ مسئولین مربوطه می باشد.

این قرارداد مابین معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و مدرس بامشخصات ذیل جهت تدریس در نیمسال اول - دوم سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷. طبق مقررات آموزشی دانشگاهها و شرایط مندرج در این قرار داد منعقد می شود.

نام و نام خانوادگی مدرس: عضو هیات علمی و یا مدرس مدعو دانشکده: آدرس و شماره

تماس (همراه وثابت):

مرتبه علمی:

سمت اجرایی:

مدرک تحصیلی:

نام بانک:

شماره حساب بانک یا شبا:

۱: مشخصات شغلی مدرس:

نوع استخدام				وضعیت استخدامی		مرتبه علمی					وضعیت و شرایط عضو هیات علمی و مدرس						
رسمی	رسمی آزمابشی	پیمانی	تعهد خدمت	غیر شاغل	شاغل		استاد	دانشیار	استادیار	مریی	مریی آموزشیار	پژوهشی	آموزشی	مدعو	غیر تمام وقت	جغرافیایی	تمام وقت - جغرافیایی
					زیر ۶۰ سال	بالای ۶۰ سال											

ردیف	عنوان درس	کد درس (الزامی)	تعداد واحد		سهم مدرس (درصد)	مقطع تحصیلی دانشجو	ضریب درس	دوره			دانشکده محل ارائه درس	تعداد دانشجویان		جمع کل واحد درسی	تعداد جلسات تشکیل کلاسها
			نظری	عملی				ادغام	پروژه	روزانه		پروژه	روزانه		
۱															
۲															
۳															
۴															
۵															
۶															
۷															
۸															
<b>جمع کل واحدهای تدریس شده با احتساب ضریب واحد</b>															

۲: واحدهای درسی ارائه شده توسط مدرس (به تفکیک):

تایید و امضا اداره آموزش دانشکده بابت تعداد تشکیل جلسات کلاسهای درسی:

تاریخ روز	۸-۱۰	۱۰-۱۲	۱۴-۱۲	۱۴-۱۶	۱۶
شنبه	نوع فعالیت				
	محل فعالیت				
یکشنبه	نوع فعالیت				
	محل فعالیت				
دوشنبه	نوع فعالیت				
	محل فعالیت				
سه شنبه	نوع فعالیت				
	محل فعالیت				
چهارشنبه	نوع فعالیت				
	محل فعالیت				
پنجشنبه	نوع فعالیت				
	محل فعالیت				

امضاء مدرس :

امضاء مدیر گروه

امضاء معاون آموزشی دانشکده :

امضاء معاون آموزشی تحصیلات تکمیلی:

۴: در صورت ارائه واحد کارآموزی یا کارورزی در عرصه :

ردیف	نام درس کارآموزی	تعداد واحد کارآموزی	محل کارآموزی	تاریخ شروع	تاریخ پایان	تعداد شیفت	در صورت عدم رعایت ایام کارآموزی و کارورزی			
							ساعت	تاریخ	شیفت شب	تعطیل
۱										
۲										
۳										
۴										

۵ : در صورت ارائه پایان نامه یا پروژه توسط مدرس :

ردیف	نام و نام خانوادگی دانشجو	شماره دانشجویی	مقطع تحصیلی دانشجو	رشته تحصیلی دانشجو	عنوان استاد(راهنما / مشاور)	تاریخ تصویب پایان نامه	تعداد اساتید راهنما	تعداد اساتید مشاور	دانشکده محل ارائه پایان نامه	نوع دانشکده		واحد قابل تایید	تعداد دفعات ارائه	کل واحد پایان نامه
										پژدیسی	روزانه			
۱														
۲														
۳														
۴														
<b>جمع کل واحدها</b>														

۶: فرم گزارش اساتید راهنما (نظام استاد راهنما) دانشگاه علوم پزشکی  
تبریز

۷: جمع کل واحدهای ارائه شده مدرس :

تعداد دانشجویان	گروه آموزشی	نام دانشکده	نام استاد
			<p>تایید مسئول اساتید راهنما دانشکده مبنی بر ارائه گزارش مدرس</p>
	جمع کل واحدهای نظری و عملی		
	جمع کل واحدهای کارآموزی و کارورزی		
	جمع کل واحدهای پایان نامه ها و پروژه		
	جمع کل واحدهای درسی ارائه شده		

۸ : تایید معاون محترم آموزشی دانشکده محل ارائه درس :

ردیف	نام دانشکده	نام و نام خانوادگی معاون آموزشی دانشکده	مهر و امضا	تعداد واحدهای تایید شده	تایید ثبت نمرات دروس در نرم افزار سما توسط رئیس اداره آموزش دانشکده
۱					
۲					
۳					
۴					

۹ : صحت مندرجات فوق گواهی می باشد:

نام و نام خانوادگی و امضا مدرس	نام و نام خانوادگی و امضا مدیر گروه	نام و نام خانوادگی و امضا معاون آموزشی دانشکده	نام و نام خانوادگی و امضا رئیس دانشکده

۱۰ : تایید کارشناس مسئول بررسی دانشگاه از نظر بلا مانع بودن

پرداخت:

نام و نام خانوادگی و امضا کارشناس حوزه معاونت آموزشی دانشگاه