بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

حوزه معاونت آموزشی

))قرارداد حق التدریس((

))اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز((

**اعضای محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریزلازم است تمام موارد حق التدریس در دانشکده های تابعه و واحد بین المللی ارس دانشگاه علوم پزشکی را در یک فرم واحد تکمیل و پس از ضمیمه نمودن لیست حضور و غیاب دانشجویان و رونوشت آخرین حکم کارگزینی ، گزارش استاد راهنما ، برنامه هفتگی اعضای هیئت علمی 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 خود عضو آن دانشکده است تحویل نمایند .**

**هر گونه اشکال در تکمیل فرم و اشکال در محاسبه فرمها به عهده هیئت علمی مربوطه و مدیر گروه خواهد بود . این قرارداد بین معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و مدرس با مشخصات زیر جهت تدریس در ترم نیمسال اول- دوم سال تحصیلی ........طبق مقررات آموزشی دانشگاهها و شرایط مندرج در این قرارداد منعقد می شود .**

**مشخصات مدرس :**

**نام و نام خانوادگی مدرس: مرتبه علمی: تمام وقت □**

**عضو هیئت علمی دانشکده تعداد واحد موظفی : نیمه وقت□**

**سمت اجرایی: شماره حساب : بانک ملی :**

**شماره تماس (همراه و ثابت ) :**

**واحدهای درسی ارائه شده توسط عضو هیئت علمی( به تفکیک ):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| شبانه - روزانهواحد بین المللی ارس | مقطع تحصیلی دانشجو | دانشکده محل ارائه | ضریب واحد | تعداد واحد | نوع درسعملی-نظری-بالینی | عنوان درس | ردیف |
|  |  |  |  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  | 6 |
|  |  |  |  |  |  |  | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  | 12 |

در صورت ارائه درس برای اولین بار توسط مدرس با (\*) مشخص شود .

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  شبانه - روزانهواحد بین المللی ارس | مقطع تحصیلی دانشجو | دانشکده محل ارائه | واحد قابل تایید | تاریخ تصویب | نوع درسپایاننامه ارشدپایاننامه PHD | نام و نام خانوادگی دانشجو | ردیف |
|  |  |  |  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  | 5 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **امضاء :**  |  **نام و نام خانوادگی:** | **نام دانشکده ها:** | **ردیف** |
|  |  | **پزشکی**  | **1** |
|  |  | **دندانپزشکی**  | **2** |
|  |  | **داروسازی**  | **3** |
|  |  | **پیراپزشکی**  | **4** |
|  |  | **بهداشت و تغذیه**  | **5** |
|  |  | **پرستاری و مامایی تبریز**  | **6** |
|  |  | **توانبخشی**  | **7** |
|  |  | **واحد بین الملی ارس**  | **8** |
|  |  | **پرستاری و مامائی مراغه**  | 9 |

 **تایید معاون محترم آموزشی دانشکده محل ارائه درس :**

صحت مندرجات فوق مورد گواهی می باشد .

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

**تایید حوزه معاونت آموزشی دانشگاه از نظر بلامانع بودن پرداخت :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگی و امضاءمعاون آموزشی | نام و نام خانوادگی و امضاءمدیر امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی | نام و نام خانوادگی و امضاءکارشناس حوزه |
|  |  |  |