

## 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. وکلاسهای 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..... 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 و ثابت):

مدرک تحصیلی : سمت اجرایی: مرتبه علمی :

شماره حساب بانک یا شبا : نام بانک:

۱ : مشخصات شغلی مدرس :

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

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

ردیف	عنوان درس	کد درس (الزامی)	تعداد واحد		سهم مدرس (درصد)	مقطع تحصیلی دانشجو	ضریب درس	دوره			تعداد دانشجویان		تعداد جلسات تشکیل کلاسها
			نظری	عملی				ادغام شده	پردیس	روزانه	پردیس	روزانه	
۱													
۲													
۳													
۴													
۵													
۶													
۷													
۸													
۹													
۱۰													
<b>جمع کل واحدهای تدریس شده با احتساب ضریب واحد</b>													
در صورت ارائه درس برای اولین بار (برای رشته های جدیدالتاسیس) توسط مدرس با (*) مشخص گردد.													

**توجه: خواهشمند است تمام موارد اشاره شده در بند ۲ قرارداد با دقت و کامل تکمیل گردد.**

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

۳: برنامه هفتگی اعضای هیات علمی و مدرسین دانشگاه علوم پزشکی تبریز ::

نیمسال: سال تحصیلی: نام دانشکده: گروه:

	16-18	14-16	12-14	10-12	8-10	ساعت
						روز
						شنبه
						یکشنبه
						دوشنبه
						سه شنبه
						چهارشنبه
						پنجشنبه
						جمعه

امضاء مدیر گروه

امضاء مدرس:

امضاء معاون آموزشی تحصیلات تکمیلی:

امضاء معاون آموزشی دانشکده:

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
										پردیس	روزانه	
۱												
۲												
۳												
۴												
<b>جمع کل واحدها</b>												

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

تعداد دانشجویان	گروه آموزشی	نام دانشکده	نام استاد
			تایید مسئول اساتید راهنما دانشکده مبنی بر ارائه گزارش مدرس

۷ : جمع کل واحدهای ارائه شده مدرس :

	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