بسمه تعالی فرم شماره1

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مراغه

حوزه معاونت آموزشی

)) قرارداد حق التدریس ((

تمامی مدرسین دانشکده علوم پزشکی مراغه اعم از هیات علمی، مدرسین مدعو، مدرسین غیرهیات علمی شاغل در دانشکده

**اعضای محترم هیئت علمی دانشکده علوم پزشکی مراغه لازم است تمام موارد حق التدریس را در یک فرم واحد تکمیل و پس از ضمیمه نمودن لیست حضور و غیاب دانشجویان و رونوشت آخرین حکم کارگزینی نیمسال اول و دوم، گزارش استاد راهنما ، برنامه هفتگی اعضای هیاًت 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 نماید .**

**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 دانشکده علوم پزشکی و مدرس با مشخصات زیر جهت تدریس در ترم نیمسال سالتحصیلی**

**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 - روزانه | مقطع تحصیلی دانشجو | دانشکده محل ارائه | ضریب واحد | تعداد واحد | نوع درسعملی-نظری-بالینی | عنوان درس | ردیف |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| شبانه - روزانه | مقطع تحصیلی دانشجو | دانشکده محل ارائه | واحد قابل تایید | تاریخ تصویب | نوع درسپایاننامه ارشدپایاننامه PHD | نام و نام خانوادگی دانشجو | ردیف |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **تعداد واحدهای مورد تائید** |  **نام و نام خانوادگی امضاء** | **نام دانشکده ها** | **ردیف** |
|  |  | **پزشکی**  | **1** |
|  |  | **دندانپزشکی**  | **2** |
|  |  | **داروسازی**  | **3** |
|  |  | **پیراپزشکی**  | **4** |
|  |  | **بهداشت و تغذیه**  | **5** |
|  |  | **پرستاری و مامایی تبریز**  | **6** |
|  |  | **علوم پزشكي مراغه** | **7** |

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

صحت مندرجات فوق مورد گواهی می باشد .

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگی وامضا معاون آموزشی دانشکده | نام و نام خانوادگی وامضا مدیر آموزشی دانشکده | نام و نام خانوادگی وامضا مدیر گروه | نام و نام خانوادگی وامضا مدرس |
|  |  |  |  |

**تایید کارشناس مسئول کمیته بررسی دانشگاه از نظر بلامانع بودن پرداخت :**

|  |
| --- |
| نام و نام خانوادگی و امضاء کارشناس حوزه |
|  |