**بسمه تعالی**

**دانشگاه علوم پزشکی وخدمات 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 دردانشگاه**

اعضای محترم هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز لازم است تمام موارد حق التدریس در دانشکده های تابعه وپردیس خودگردان ادغام یافته در تبریز را دریک فرم واحد تکمیل وپس از ضمیمه نمودن لیست حضور غیاب دانشجویان و رونوشت آخرین حکم کارگزینی نیمسال اول ودوم ، گزارش استاد راهنما ، برنامه هفتگی مدرسین و فرم مشخصات واحدهای تدریس شده پس از تایید فرمها توسط مدیر گروه ومعاون 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 واشکال در محاسبه تعداد واحدها به عهده مدرس بوده ودرصورت تائید توسط آموزش ومدیر گروه ودیگر مقامات بعهده مسئولین مربوطه می باشد.**

این قرارداد مابین معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز ومدرس بامشخصات ذیل جهت تدریس در نیمسال اول سال تحصیلی..97-96 طبق مقررات آموزشی دانشگاهها و شرایط مندرج در این قرار داد منعقد می شود .

**نام ونام خانوادگی مدرس : عضو هیات علمی ویا مدرس مدعو دانشکده:**

**آدرس : شماره تماس (همراه وثابت ):**

**مدرک تحصیلی : سمت اجرایی: مرتبه علمی:**

**شماره حساب بانک یا شبا:** (فقط شماره حساب بانک رفاه مورد قبول است) **نام بانک:** رفاه کارگران

1 **: مشخصات شغلی مدرس:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **وضعیت وشرایط عضو هیات علمی ومدرس** | | | | | **مرتبه علمی** | | | | | **وضعیت استخدامی** | | | **نوع استخدام** | | | |
| تمام وقت جغرافیایی | غیرتمام وقت جغرافیایی | **مدعو** | **آموزشی** | **پژوهشی** | **مربی آموزشیار** | **مربی** | **استادیار** | **دانشیار** | **استاد** | **شاغل** | | **غیر**  **شاغل** | **تعهد خدمت** | **پیمانی** | **رسمی آزمایشی** | **رسمی** |
| بالای 60سال | زیر60 سال |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**2: واحدهای درسی ارائه شده تو سط مدرس ( به تفکیک ) :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | **تعدا جلسات تشکیل کلاسها** |
| **نظری** | **عملی** | روزانه | پردیس | ادغام شده | **روزانه** | **پردیس** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **جمع کل واحدهای تدریس شده با احتساب ضریب واحد** | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **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 2 قرارداد بادقت وکامل تکمیل گردد.

|  |
| --- |
| **تایید وامضا اداره آموزش دانشکده بابت تعدادتشکیل جلسات کلاسهای درسی :** |

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

**نیمسال: اول سال تحصیلی: 97-96 نام دانشکده: پرستاری و مامایی تبریز گروه:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 16 -18 | 14 -16 | 12 -14 | 10 -12 | 8 -10 | ساعت |
| روز |
|  |  |  |  |  |  | شنبه |
|  |  |  |  |  |  | یکشنبه |
|  |  |  |  |  |  | دوشنبه |
|  |  |  |  |  |  | سه شنبه |
|  |  |  |  |  |  | چهر شنبه |
|  |  |  |  |  |  | پنج شنبه |
|  |  |  |  |  |  | جمعه |

**امضاء مدرس: امضاء مدیر گروه**

**امضاء معاون آموزشی دانشکده: امضاء معاون آموزشی تحصیلات تکمیلی**:

**4: درصورت ارائه واحد کارآموزی یا کارورزی درعرصه:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| درصورت عدم رعایت ایام کار آموزی وکارورزی | | | | | تعداد  شیفت | تاریخ پایان | تاریخ شروع | محل کارآموزی | تعداد واحد کارآموزی | نام درس کار آموزی | ردیف |
| بعداز ظهر | تعطیل | شیفت شب | تاریخ | ساعت |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| واحد قابل تایید | تعداددفعات ارائه | کل واحد پایان نامه | نوع دانشکده | | دانشکده محل ارائه پایان نامه | تعداد اساتید مشاور | تعداد اساتید راهنما | تاریخ تصویب پایان نامه | بعنوان استاد(راهنما / مشاور) | رشته تحصیلی دانشجو | مقطع تحصیلی دانشجو | شماره دانشجویی | نام ونام خانوادگی دانشجو | ردیف |
| پردیس | روزانه |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **1** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **2** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **3** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **4** |
|  | **جمع کل واحدها** | | | | | | | | | | | | | |

**5: در صورت ارائه پایان نامه یا پروژه توسط مدرس:**

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

|  |
| --- |
| **6 : فرم گزارش اساتید راهنما (نظام استاد راهنما )دانشگاه علوم پزشکی تبریز** |

**7: جمع کل واحدهای ارائه شده مدرس:**

|  |  |
| --- | --- |
| جمع کل واحدهای نظری وعملی |  |
| جمع کل واحدهای کارآموزی وکارورزی |  |
| جمع کل واحدهای پایان نامه ها وپروژه |  |
| **جمع کل واحدهای درسی ارائه شده** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تایید ثبت نمرات دروس در نرم افزارسما توسط رئیس اداره آموزش دانشکده** | **تعداد واحدهای تایید شده** | **مهر وامضا** | **نام ونام خانوادگی**  **معاون آموزشی دانشکده** | **نام دانشکده** | **ردیف** |
|  |  |  |  |  | **1** |
|  |  |  |  |  | **2** |
|  |  |  |  |  | **3** |
|  |  |  |  |  | **4** |

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

**9: صحت مندرجات فوق گواهی می باشد:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **نام ونام خانوادگی وامضا رئیس دانشکده** | **نام ونام خانوادگی وامضا معاون آموزشی دانشکده** | **نام ونام خانوادگی وامضا مدیر گروه** | **نام ونام خانوادگی وامضا مدرس** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| نام ونام خانوادگی وامضا کارشناس حوزه  معاونت آموزشی دانشگاه |
|  |

**10: تایید کارشناس مسئول بررسی دانشگاه از نظر بلا مانع بودن پرداخت:**