**« بسمه تعالی »**

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز**

**حوزه معاونت آموزشی**

**« قرارداد حق التدریس »**

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

اعضای محترم هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز لازم است تمام موارد حق التدریس در دانشکده های تابعه و پردیس خودگران 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 تأیید فرمها توسط مدیر گروه و معاون آموزشی محترم دانشکده های محل تدریس به اداره آموزش دانشکده ای که خود عضو آن دانشکده می باشید تحویل نماید. و کلاسهایی 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 تأیید توسط آموزش و مدیر گروه و دیگر مقامات بعهده مسئولین مربوطه می باشد.**

این قرارداد مابین معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و مدرس با مشخصات ذیل جهت تدریس در نیمسال اول – دوم سالتحصیلی ............... طبق مقررات آموزشی دانشگاهها و شرایط مندرج در این قرارداد منعقد می شود.

نام و نام خانوادگی مدرس : عضو هیأت علمی و یا مدرس مدعو دانشکده :

آدرس و شماره تماس ( همراه و ثابت ) :

مدرک تحصیلی : سمت اجرائی : مرتبه علمی :

شماره حساب بانک یا شبا : نام بانک :

1-مشخصات شغلی مدرس :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| وضعیت و شرایط عضو هیأت علمی و مدرس | مرتبه علمی | وضعیت استخدامی | نوع استخدام |
| تمام وقت جغرافیایی | غیر تمام وقت جغرافیای | مدعو | آموزشی  | پژوهشی  | مربی آموزشیار | مربی | استادیار | دانشیار  | استاد | شاغل | غیر شاغل  | تعهد خدمت | پیمانی  | رسمی آزمایشی  | رسمی  |
| بالای 60 سال  | زیر 60 سال  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2- 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 | دانشکده محل ارائه درس | تعداد دانشجویان | جمع کل واحد درسی | تعداد 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**

**درصورت ارائه درس برای اولین بار ( برای رشته های جدید التأسیس ) توسط مدرس با (\*) مشخص گردد.**

**توجه : خواهشمند است موارد اشاره شده در بند 2 قرارداد با دقت و کامل تکمیل گردد.**

|  |
| --- |
| **تأیید و امضاء اداره آموزش دانشکده بابت تعداد تشکیل جلسات کلاسهای درسی :**  |

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

**نیمسال : سال تحصیلی : نام دانشکده : گروه :**

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

**امضاء مدرس : امضاء مدیر گروه :**

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

**4- 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** | **بعدازظهر** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی دانشجو** | **شماره دانشجویی** | **مقطع تحصیلی دانشجو** | **رشته تحصیلی دانشجو** | **بعنوان استاد (راهنما/مشاور)** | **تاریخ تصویب پایاننامه** | **تعداد اساتید راهنما** | **تعداد اساتید مشاور** | **دانشکده محل ارائه پایاننامه** | **نوع****دانشکده** | **کل واحد پایاننامه** | **تعداد دفعات ارائه** | **واحد قابل تأیید** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **روزانه** | **پردیس** |  |  |  |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**جمع کل واحدها :**

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

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

**7- جمع کل واحدهای ارائه شده مدرس :**

|  |  |
| --- | --- |
| **جمع کل واحدهای نظری و عملی**  |  |
| **جمع کل واحدهای کارآموزی و کارورزی** |  |
| **جمع کل واحدهای پایاننامه ها و پروژه**  |  |
| **جمع کل واحدهای درسی ارائه شده**  |  |

**8- تأیید معاون محترم آموزشی دانشکده محل ارائه درس :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام دانشکده** | **نام و نام خانوادگی معاون آموزشی دانشکده** | **مهر و امضاء** | **تعداد واحدهای تأیید شده** | **تأیید ثبت نمرات دروس در نرم افزار سما توسط رئیس اداره آموزش دانشکده** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |

**9- صحت مندرجات فوق گواهی می شود :**

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

**10 – تأیید کارشناس مسئول بررسی دانشگاه از نظر بلامانع بودن پرداخت :**

|  |
| --- |
| **نام و نام خانوادگی و امضاء کارشناس حوزه معاونت آموزشی دانشگاه** |
|  |