**بسمه تعالی**

**چک لیست بررسی فرم قرارداد حق التدریس مدرسین محترم دانشگاه علوم پزشکی تبریز**

**نام ونام خانوادگی مدرس : نام دانشکده : کد استادی :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **مدارک قرارداد حق التدریس** | **توضیحات** | **کامل می باشد/ نمی باشد** | **توضیحات** |
| **1** | **فرم قرارداد حق التدریس** | **بصورت کامل وخوانا** |  | **دریک نسخه** |
| **2** | **تصویر ابلاغ تدریس** |  |  | **الزامی می باشد** |
| **3** | **لیست حضورو غیاب دانشجویان چاپ شده ازسما** | **بامشخصات درس ومدرس** |  | **طبق توضیحات ارائه شده درنامه ارسالی** |
| **4** | **تصویر حکم کارگزینی برای اعضای هیات علمی** | **آخرین حکم** |  | **نیسمال اول سالتحصیلی (حکم سال جاری)**  **نیسمال دوم سالتحصیلی (حکم سال قبلی و جاری)** |
| **5** | **ارائه برگه مرخصی برای مدرسین شاغل غیر هیات علمی** | **درصورت تدریس در ساعات اداری** |  | **به تایید واحد اداری یا کارگزینی سازمان مربوطه** |
| **6** | **ارائه مدرک تحصیلی یا دانشنامه برای اعضای غیر هیات علمی** |  |  | **الزامی می باشد** |
| **7** | **مجوز حق التدریس** | **برای مدرسین حق التدریس وغیر هیات علمی** |  | **الزامی می باشد** |
| **8** | **گواهی مصوب پایان نامه ومشخص بودن تعداداساتید راهنمای پژوهشی ومشاور** | **درصورت ارائه پایان نامه** |  | **الزامی می باشد** |
| **9** | **تصویر ابلاغ فعالیت بعنوان مسئول EDO** | **درصورت مسئولیت** |  | **الزامی می باشد** |
| **10** | **تصویر ابلاغ سمت اجرایی** | **در صورت مسئولیت** |  | **الزامی می باشد** |
| **11** | **تصویر ابلاغ نظام استادراهنما** | **درصورت همکاری** |  | **الزامی می باشد** |
| **12** | **تایید وامضاء کامل فرم قرارداد حق التدریس** |  |  | **طبق توضیحات ارئه شده در نامه ارسالی** |
| **13** | **پرینت برنامه هفتگی مستخرچ از سیستم سما** |  |  | **الزامی می باشد** |
| **14** | **پرینت لیست ثبت نمرات نهایی از سیستم سما** |  |  | **طبق توضیحات ارئه شده در نامه ارسالی** |

**امضاء ونام و نام خانوادگی کارشناس امضاء ونام ونام خانوادگی کارشناس**

**حق التدریس دانشکده حق التدریس معاونت آموزشی دانشگاه**

**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 - دوم سال تحصیلی................. 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 وشماره تماس (همراه وثابت ):**

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

**شماره حساب بانک یا شبا : نام بانک:**

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** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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: سال تحصیلی : نام دانشکده : گروه :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **18-16** | **16-14** | **14-12** | **12-10** | **10-8** | **ساعت** |
| **روز** |
|  |  |  |  |  | **شنبه** |
|  |  |  |  |  | **یکشنبه** |
|  |  |  |  |  | **دوشنبه** |
|  |  |  |  |  | **سه شنبه** |
|  |  |  |  |  | **چهار 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** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **5** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **6** |
|  | **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** |  |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |

**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:**