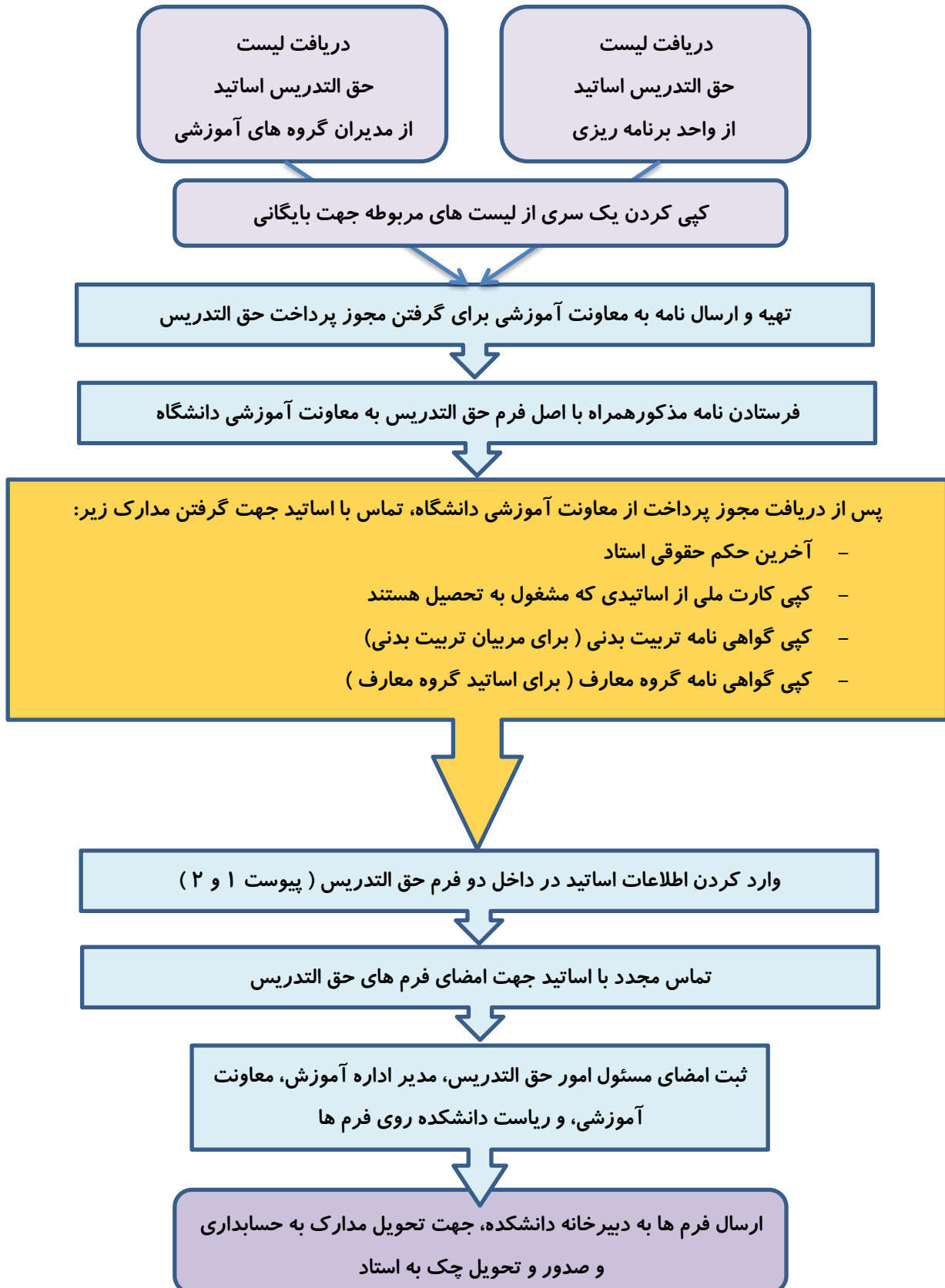
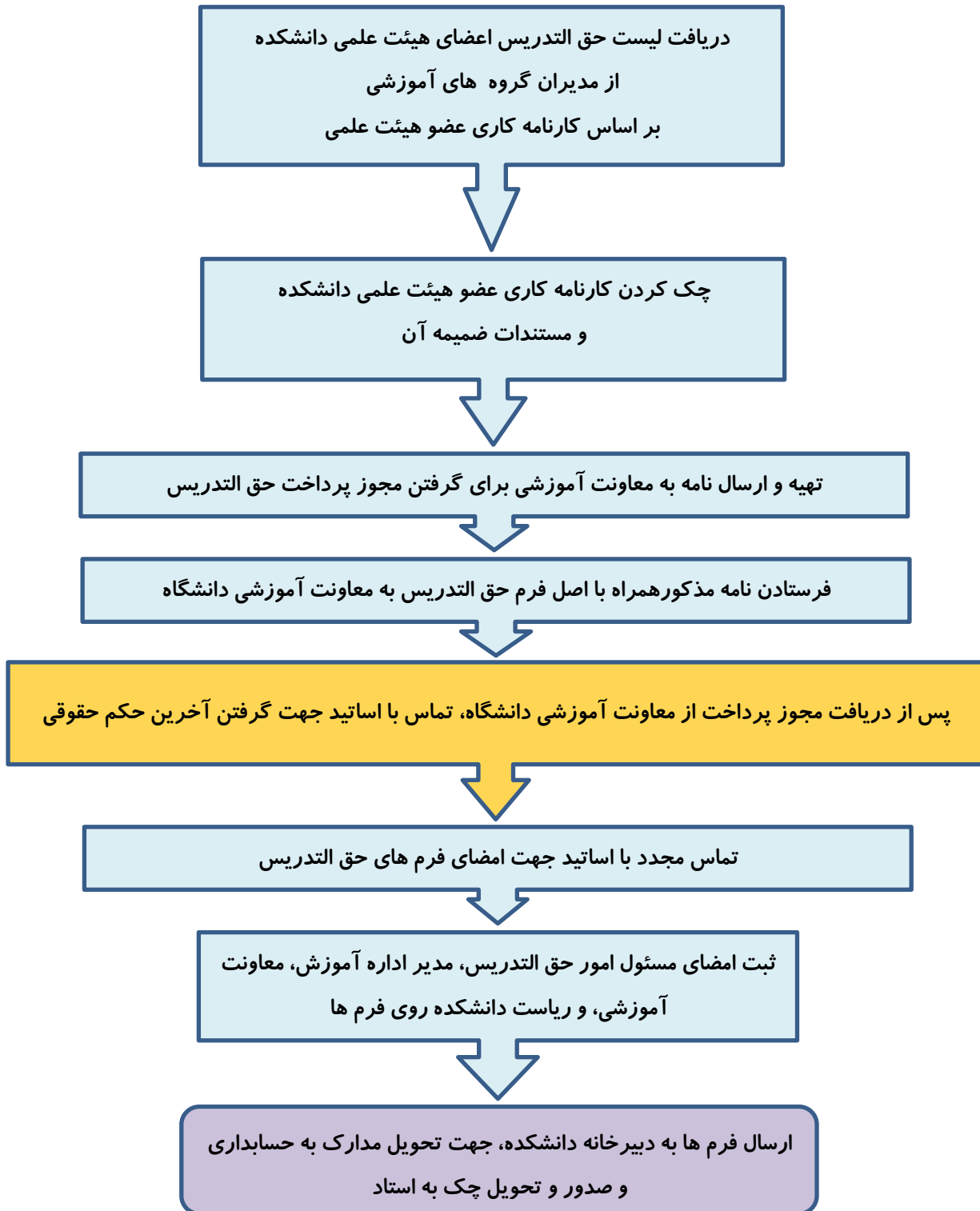


## گردش کار امور حق التدریس تنظیم فرم حق التدریس اساتید



## گردش کار امور حق التدریس

### تنظیم فرم مزاد حق التدریس اعضای هیئت علمی دانشکده





قرار داد حق التدریس

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی

تاریخ:

درمانی شهید بهشتی (دوره روزانه)

شماره:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی که در این قرار داد موسسه

این قرار داد بین

که در این قرار داد مدرس نامیده می شود به منظور تدریس درس یا

نامیده میشودخانم / آقای

دروس زیر:

جدول دروس:

شماره درس	نام درس	تعداد واحد نظری	تعداد واحد عملی	تعداد گروه	ساعات تدریس نظری در هفته	ساعات تدریس عملی در هفته	مقطع و رشته تحصیلی دانشجویان	تعداد دانشجو

در نیمسال سال تحصیلی در دانشکده پرستاری و مامایی وبا شرایط زیر منعقد می گردد.

مشخصات مدرس:

نام خانوادگی:	نام:	شماره شناسنامه:	تاریخ تولد:
جنس مرد: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	شماره حساب بانکی:	شعبه:	
آخرین مدرک تحصیلی: تخصص پزشکی <input type="checkbox"/> دکترای علمی <input type="checkbox"/> دکترای حرفه ای <input type="checkbox"/> فوق لیسانس <input type="checkbox"/> لیسانس <input type="checkbox"/>	رتبه علمی	استاد <input type="checkbox"/> دانشیار <input type="checkbox"/> استادیار <input type="checkbox"/> مربی <input type="checkbox"/> پایه ..... <input type="checkbox"/>	
رشته تحصیلی:	تاریخ:		
وضعیت شغلی: شاغل <input type="checkbox"/> بازنشسته <input type="checkbox"/>	نام موسسه یا سازمان: دانشگاه: -		
نشانی محل کار/ سکونت:	تلفن:		

ماده ۱- این قرار داد از تاریخ لغایت پایان ترم به مدت ( هفته) منعقد می گردد.

ماده ۲- میزان حق التدریس در دانشگاه ها و موسسات عالی کشور از قرار ساعتی نظری: عملی:

می باشد که در مقابل انجام کار از محل اعتبارات دانشکده قابل پرداخت است.

تبصره: دستور پرداخت حق التدریس این قرار داد منوط به تحویل اوراق کتبی ولیست نمرات امتحانی دروس تئوری و گواهی میزان

ساعات تدریس توسط دانشکده مذکور می باشد.

نام و نام خانوادگی مدرس:

نام و نام خانوادگی رئیس دانشکده:

امضاء مدرس:

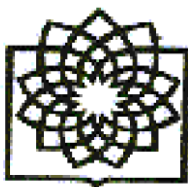
امضاء:

از قرار ساعتی تئوری:

باتوجه به افزایش ضریب حقوق اعضاء هیات علمی مبلغ این قرار داد از تاریخ

عملی: می باشد .

رونوشت به: - امور مالی - امور حق التدریس - دانشکده



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی  
دانشکده پرستاری و مامایی

تاریخ.....  
پیوست.....  
شماره پرونده.....

### بسمه تعالی

### امور مالی دانشکده پرستاری و مامایی با سلام

احتراماً، عطف به قرار داد شماره مورخ بدین وسیله گواهی می شو خانم/ آقای  
در نیمسال سال تحصیلی جمعاً به میزان ساعت نظری و ..... ساعت عملی  
در این دانشکده تدریس نموده اند.  
ضمناً با توجه به ماده ۷ آئین نامه تدریس موقت از درس مزبور طی..... جلسه ..... ساعته، جمعاً به مدت .....ساعت امتحان  
به عمل آمده و ریز نمرات و اوراق امتحانی را تحویل آموزش این دانشکده نموده اند.  
لذا مقتضی است نسبت به پرداخت حق التدریس اقدامات لازم با مبذول فرمائید.  
با توجه به افزایش ضریب حقوقی اعضاء هیئت علمی به ماخذ از تاریخ مبلغ قرارداد حق التدریس از قرار  
..... ساعت نظری، و ..... ساعت عملی خواهد بود .

رئیس دانشکده پرستاری و مامایی