**باسمه تعالی**

**فرم حق التدريس**

 **نیمسال سال تحصیلی**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**مشخصات مدرس:**

1. **نام خانودگي: نام: نام پدر: شماره شناسنامه:**

**تاريخ تولد: كدملي: شماره حساب بانك ملت:**

 **(حق التدریس فقط در بانک ملت قابل پرداخت است)**

**شماره تلفن همراه:**

**شماره شناسایی پرسنلی( در صورتی که کارمند یا عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز می باشید):**

1. **عضو هیأت علمی □ عضو غیر هیأت علمی □ بالینی□ غیر بالینی□**
2. **آخرين مدرك تحصيلي بر اساس حکم : دكتراي تخصصی□ تخصص پزشكي** **□ کارشناسی ارشد □**

**دستیار یا پزشک عمومي** **□ کارشناسی □ فلوشیپ□**

1. **رتبه علمي: استاد □ دانشيار □ استاديار □ مربي □**
2. **پايه بر اساس آخرین حکم:**
3. **رشته تحصيلي:**
4. **وضعيت شغلي: شاغل□ پرسپتور □ بازنشسته □ محل اشتغال فعلي:**
5. **مدعوین غیر دانشگاه علوم پزشکی شیراز**

**شماره بیمه: نوع بیمه: تامین اجتماعی□ خدمات درمانی□**

**9- كپي آخرين حكم كارگزيني را به فرم پيوست نمائيد.**

**10 - در صورت وجود هر گونه نقص در تکمیل این فرم عواقب مربوط به عدم پرداخت حق التدریس به عهده مدرس می باشد.**

**مشخصات تدریس**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **عنوان درس** | **نوع درس** | **مقطع‌تحصيلي دانشجو و رشته** | **تعداد دانشجو** | **تعداد كل‌ساعات تدريس در ترم** | **تعداد واحد** |
|   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |  |
|  |  |  |  |  |  |

**امضاء مسئول امضاء مدرس**