



گزارش فعالیتهای آموزشی در نیمسال اول / دوم سال تحصیلی (- ۱۳)

با سلام؛ اینجانب درجه دانشگاهی که در طرح محرومیت از مطب مشارکت دارم / ندارم در طول ترم جاری فعالیتهای آموزشی به شرح زیر در واحدهای مختلف داشته ام. خواهشمند است دستور فرمایید ضمن بررسی در صورتیکه بخشی از فعالیتها مازاد بر میزان تدریس موظف تدریس می باشد، نسبت به پرداخت حق التدریس مربوطه اقدام مقتضی معمول گردد.

شماره حساب سیبا بانک ملی شعبه

ردیف	نوع فعالیت یا نام درس	تعداد دانشجویان	مقطع و رشته تحصیلی	روز و ساعت فعالیت	تعداد ساعات	واحد معادل نظری	ملاحظات
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							
۱۱							
۱۲							
۱۳							
۱۴							
۱۵							

نوع فعالیتها شامل:

کلاس نظری، کلاس عملی، کارآموزی، کارورزی، رساله، درمانگاه، راند، فعالیتهای آزمایشگاهی، آموزش تشخیص و ...

نام و نام خانوادگی:

امضاء:

"لطفاً آخرین حکم خود را ضمیمه نمایید"

معاونت محترم آموزشی دانشکده

ضمن ارسال گزارش فعالیتهای آموزشی خانم / آقای به استحضار می رساند که جدول فوق مورد بررسی و چک و اصلاح قرار گرفت. جمع واحدهای معادل تدریس شده توسط نامبرده در طول ترم جاری واحد می باشد.

الف) با توجه به سقف واحدهای موظف هیچگونه حق التدریس به نامبرده در ترم جاری تعلق نمی گیرد. خواهشمند است گواهی لازم برای تدریس دروس فوق الذکر صادر و ضمن درج در پرونده ایشان یک نسخه از آن را به این گروه ارسال نمایند.

ب) خواهشمند است دستور فرمایند نسبت به پرداخت حق التدریس به میزان ساعت که مازاد بر سقف واحدهای موظف ایشان می باشد اقدام مقتضی معمول گردد.

نام و نام خانوادگی مدیر گروه آموزشی

تاریخ: امضاء:

(واحدی که در آن تدریس انجام گرفته است)

معاونت محترم آموزشی دانشکده

فرم فعالیتهای آموزشی خانم / آقای در جلسه مورخ کمیته پرداخت حق التدریس مطرح و مقرر گردید پس از تأیید انجام تدریس به میزان ساعت از محل اعتبارات آن واحد به نامبرده حق التدریس پرداخت گردد.

نام و نام خانوادگی

تاریخ: امضاء:

ریاست محترم دانشکده

انجام ساعت تدریس که طبق نظر کمیته پرداخت حق التدریس مازاد بر تدریس موظف خانم / آقای شناخته شده است، مورد تأیید می باشد. خواهشمند است دستور اقدام مقتضی صادر فرمایند.

نام و نام خانوادگی معاون آموزشی دانشکده

تاریخ: امضاء:

حسابداری دانشکده

با توجه به تفویض اختیار شماره مورخ معاونت محترم آموزشی دانشگاه و نظر به مدرس (استاد، دانشیار، استادیار، مربی) مقتضی است به میزان ساعت و از قرار ساعتی ریال پرداخت گردد.

نام و نام خانوادگی رئیس دانشکده

تاریخ: امضاء: