



دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه

فرم قرارداد طرح تمام وقت جغرافیایی / محرومیت از مطب اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه

بموجب قانون اصلاح قانون پرداخت حق محرومیت از مطب مصوب ۷۵/۱۰/۱۲ مجلس شورای اسلامی و دستورالعمل مصوبه مورخه ۱۳۹۶/۸/۱۴ هیات رئیسه دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، این قرارداد بین دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه و آقای/خانم فرزند شماره شناسنامه شماره ملی با مشخصات و شرایط زیر منعقد می‌گردد.

مشخصات عضو هیات علمی :

آخرین مدرک تحصیلی: MSc متخصص PhD فلوشیپ یا فوق تخصص
رشته تحصیلی: پرستاری - شاغل در گروه آموزشی: - رتبه دانشگاهی:
دارای مسئولیت اجرایی در گروه/ دانشکده/ دانشگاه:
عضویت در کمیته/ شورا در دانشگاه:

فعالیت آموزشی: علوم پایه بالینی وضعیت استخدام: رسمی قراردادی پیمانی ضریب k ماده یک
تاریخ استخدام:
دارای هیچگونه کار انتفاعی نمی‌باشم دارای کار انتفاعی در دانشگاه می‌باشم دارای کار انتفاعی در خارج از دانشگاه می‌باشم
مدت قرار داد: از تاریخ لغایت

استفاده کنندگان از حق محرومیت از مطب موظفند:

- علاوه بر تدریس موظف اعم از آموزش نظری، عملی، کارورزی به میزان ۵۴ ساعت در هفته در اختیار موسسه بوده و در صورت نیاز دانشگاه تا ۲۰٪ ساعات تدریس موظف بدون دریافت حق التدریس، مطابق برنامه گروه تدریس اضافی داشته باشند.
 - ماهانه به میزان ۵۰٪ دو ردیف اول حکم حقوقی (حقوق مبنا + فوق‌العاده مخصوص) همراه حقوق آخر ماه واریز می‌شود و هر شش ماه، گزارش عملکرد که شامل فعالیتهای پژوهشی، آموزشی، اجرایی و حضور می‌باشد در کمیته طرح تمام وقت جغرافیایی مورد بررسی قرار می‌گیرد و بعد از احتساب درصد حق طرح تمام وقت جغرافیایی ۶ ماهه (۶۰٪ درصد) در صورتی که امتیاز محتسبه بیش از ۳۰٪ باشد مابه التفاوت به شما پرداخت و در صورتی که درصد محتسبه کمتر از ۳۰٪ باشد مابه التفاوت از پرداخت آتی کسر خواهد شد.
 - هیچگونه خدمات پزشکی، پیراپزشکی، تخصصی و هرگونه خدمات و اشتغالات انتفاعی خود را در خارج از دانشگاه اعم از بخش خصوصی، خیریه، دولتی و داروخانه و غیره نداشته باشد.
 - همکاری با کلینیک ویژه و مراکز وابسته دانشگاه و یا هر مرکزی که هیات رئیسه دانشگاه بر اساس نیاز جامعه صلاح دانسته و موافقت نماید، با صدور مجوز کتبی بلامانع می‌باشد.
 - در صورتیکه طرف قرار داد مایل به ادامه همکاری نباشد، مراتب را سه ماه قبل به صورت کتبی به رئیس واحد مربوطه اعلام نماید.
 - در صورتیکه عضو هیات علمی در طول مدتی که از مزایای این طرح استفاده می‌نماید مفاد آن را نادیده گرفته و در بخش خصوصی به نحوی از انحاء دارای فعالیت انتفاعی بوده، کلیه مبالغ پرداخت شده به وی در ایام مربوط به فعالیت انتفاعی، باز پس گرفته خواهد شد.
- طرف قرار داد: اینجانب با اطلاع کامل از قوانین و آئین نامه‌های مربوطه خود را متعهد به اجرای کامل آن می‌دانم :

امضای عضو هیات علمی

تایید واحد مربوطه: ضمن تایید مشخصات عضو هیات علمی با مشارکت نامبرده در طرح تمام وقتی جغرافیایی موافقت می‌شود.

امضای مدیر گروه

دکتر حسین ابراهیمی پور
رئیس دانشگاه

دکتر محمدرضا رضائی منش
معاون آموزشی و پژوهشی دانشگاه

رونوشت: دفتر معاونت محترم آموزشی، امور مالی دانشگاه علوم پزشکی، مدیر مرکز امور هیات علمی، مستخدم