



بسمه تعالی

تعهدنامه پرداخت فوق العاده تمام وقت جغرافیای اعضای هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

در اجرای ماده ۴۹ آیین نامه اداری و استخدامی اعضای هیئت علمی دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور مبنی بر اجازه پرداخت فوق العاده تمام وقت جغرافیایی (محرومیت از مطب) و به موجب اصلاح قانون پرداخت آن بر اساس مصوبه مورخ ۷۵/۱۰/۱۲ مجلس شورای اسلامی، این تعهدنامه جهت بین دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی این دانشگاه منعقد میگردد.

مشخصات عضو هیئت علمی متقاضی

نام و نام خانوادگی..... فرزند..... شماره شناسنامه..... کد ملی.....
آخرین مدرک تحصیلی..... رشته تحصیلی..... عضو هیات علمی گروه آموزشی / عضو هیات علمی پژوهشی
مرکز تحقیقات..... مرتبه علمی.....

مدت تعهد

از تاریخ..... تا تاریخ.....

شرایط تعهدنامه

- شرط ورود برای دریافت حق فوق العاده تمام وقت جغرافیایی نداشتن هرگونه کار انتفاعی در حوزه ی تخصصی در خارج از دانشگاه اعم از بخش خصوصی، خیریه، دولتی و غیره می باشد.
- شرط ورود دیگر آن است که اعضای هیئت علمی طرف قرارداد به طور تمام وقت کامل و ۵۴ ساعت در هفته طبق برنامه ی تنظیمی از سوی گروه یا مرکز تحقیقات در اختیار دانشگاه قرار داشته باشند
- با گروه آموزشی و یا مرکز تحقیقاتی وابسته، اداره امور آموزش، مرکز مطالعات و توسعه آموزش، هیئت ممیزه و حوزه ی معاونت آموزشی و تحقیقات و فن آوری بر حسب اعلام نیاز مسئولین مربوطه همکاری نمایند.
- حداقل امتیازات فرهنگی، آموزشی، پژوهشی، اجرایی و خدماتی ابلاغی در شیوه نامه ی ترفیع پایه ی اعضای هیات علمی را کسب نمایند.
- فوق العاده تمام وقت جغرافیایی در ازای انجام امور مورد تعهد و با ارائه گواهی حسن انجام کار از واحد مربوطه و از محل اعتبار اختصاص یافته موضوع این قانون قابل پرداخت خواهد بود.
- همکاری با کلینیک ویژه و مراکز وابسته دانشگاه و یا هر محلی که هیئت رئیسه دانشگاه براساس نیاز صلاح بداند و موافقت نماید، امکان پذیر خواهد بود
- در صورتی که طرفین مایل به ادامه همکاری نباشند، موظفند مراتب را حداقل یک ماه قبل به صورت کتبی اعلام نمایند.
- بعد از انعقاد قرارداد مالی، در صورتی که عضو هیئت علمی در طول مدتی که مشمول قرارداد است، مفاد آن را نادیده بگیرد و یا به هر طریقی فعالیت انتفاعی وی در حوزه تخصصی در خارج از دانشگاه مطرح گردد و سپس گزارش اداره بازرسی دانشگاه آن را مورد تأیید قرار دهد، دانشگاه می تواند ضمن محفوظ داشتن حق شکایت از طریق مراجع قضایی و نظارتی، قرارداد منعقد را لغو کند و نسبت به کسر پرداختی های قبلی از زمان آغاز کار انتفاعی از محل مطالبات ذینفع اقدام نماید.

اینجانب..... عضو هیئت علمی آموزشی/پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با مشخصات فوق و با اطلاع از شیوه نامه پرداخت فوق العاده تمام وقت جغرافیایی که مشتمل بر چهار ماده به همراه تبصره و بندهای آن است و در تاریخ ۱۳۹۶/۱۲/۲۱ به تأیید هیئت رئیسه دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی رسیده است، خود را متعهد به اجرای کامل آن می دانم و متعهد می شوم که فاقد هرگونه فعالیت انتفاعی در حوزه ی تخصصی در خارج از دانشگاه هستم و به طور تمام وقت کامل و ۵۴ساعت در هفته طبق برنامه ی تنظیمی گروه در اختیار دانشگاه قرار داشته باشم.

نام و نام خانوادگی..... امضاء تاریخ.....

ضمن تأیید مشخصات عضو متقاضی، با پرداخت فوق العاده تمام وقت جغرافیایی سرکار خانم/ جناب آقای.....
☐ موافقت میگردد ☐ موافقت نمی گردد.

رئیس دانشگاه
دکتر امیر مسعود عرب

معاون آموزشی
دکتر آرشی میراب زاده