



به نام خدا

فرم پرداخت حق التدریس اساتید دوره های آموزشی ضمن خدمت

ویژه کارکنان غیر هیات علمی دانشگاه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

کد مدرس :

۱- مشخصات فردی :

نام :	نام خانوادگی :	نام پدر :
محل تولد :	شماره شناسنامه :	محل صدور :
کد ملی :	محل خدمت :	
نوع استخدام :	رسمی <input type="checkbox"/> پیمانی <input type="checkbox"/> سایر : _____	(ذکر شود)

۲- آخرین سابقه تحصیلی :

ردیف	مدرک تحصیلی	رشته تحصیلی - گرایش	تاریخ اخذ مدرک	موسسه اخذ مدرک
۱	دیپلم			
۲	فوق دیپلم			
۳	لیسانس			
۴	فوق لیسانس			
۵	دکترا			
۶	دکترای حرفه ای			
۷	متخصص			
۸	فوق تخصص			

۳- مشخصات دوره آموزشی تدریس شده :

عنوان دوره آموزشی :	تاریخ شروع تدریس :	تاریخ خاتمه تدریس :
تعداد ساعات تدریس : از ساعت :	تا ساعت :	نوع دوره : <input type="checkbox"/> حضوری <input type="checkbox"/> غیر حضوری
تلفن همراه :	آدرس محل کار :	تلفن محل کار :
آدرس پست الکترونیکی :	مشخصات بانکی : بانک :	شماره شناسایی : شماره حساب :

تذکرات :

- اطلاعات این فرم خوانا و به دقت پاسخ داده شود.
- تصویر حکم کارگزینی ضمیمه گردد.
- تصویر گواهینامه تدریس ضمیمه گردد.
- چنانچه تدریس در ساعات اداری می باشد تصویر (مرخصی یا پاس ساعتی) از سامانه حضور و غیاب اخذ و ضمیمه گردد.

تایید مدرس	تایید امور اداری محل خدمت	تایید اداره آموزش و توانمند سازی دانشگاه
امضاء :	مهر و امضاء :	مهر و امضاء :
تاریخ :	تاریخ :	تاریخ :