



## دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

### تعه‌دنامه همکاری دانشگاه و اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی

در اجرای ماده ۳ 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 و به موجب اصلاح قانون پرداخت آن بر اساس مصوبه مورخ ۱۲/۱۰/۷۵ مجلس شورای اسلامی، این تعه‌دنامه با قبول شرایط زیر توسط عضو هیئت علمی متقاضی و تایید مدیر گروه آموزشی و یا رئیس مرکز تحقیقات مربوطه، بین عضو هیئت علمی و مسئولین دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی منعقد می گردد:

(۱) نداشتن هرگونه فعالیت انتفاعی در حوزه ی تخصصی در خارج از دانشگاه به هر میزان اعم از ارائه خدمات درمانی، آموزشی، پژوهشی و غیره در بخش دولتی، خصوصی و خیریه

(۲) در اختیار قرار داشتن به طور تمام وقت کامل و ۵۴ ساعت در هفته طبق برنامه ی تنظیمی از سوی گروه آموزشی/ مرکز تحقیقات و یا برنامه تلفیقی گروه آموزشی/ مرکز تحقیقات به همراه برنامه ستاد دانشگاه

(۳) همکاری کامل با ستاد دانشگاه در گروه آموزشی/ مرکز تحقیقات با وابستگی دوم، اداره امور آموزش، مرکز مطالعات و توسعه آموزش، هیئت ممیزه و به طور کلی با حوزه های معاونت آموزشی و معاونت های دیگر دانشگاه بر حسب اعلام نیاز مسئولین مربوطه

(۴) همکاری کامل با کلینیک های ویژه، مراکز درمانگاهی یا بیمارستانی وابسته به دانشگاه و یا فعالیت در هر شورا، کمیته و محل مورد صلاحدید هیئت رئیسه دانشگاه در داخل یا خارج از دانشگاه

(۵) کسب حداقل امتیازات فرهنگی، آموزشی، پژوهشی، اجرایی و ویژه ابلاغی در شیوه نامه ی ترفیع پایه ی اعضای هیات علمی دانشگاه

(۶) پرداخت فوق العاده تمام وقت جغرافیایی فقط در ازای انجام امور مورد تعهد و با ارائه گواهی حسن انجام کار از واحد مربوطه و از محل اعتبار اختصاص یافته موضوع قانون فوق

(۷) اعلام عدم تمایل به همکاری توسط عضو هیئت علمی حداقل یک ماه قبل به صورت کتبی به مقام مافوق اداری

(۸) لغو یک طرفه قرارداد با عضو هیئت علمی توسط مسئولین دانشگاه در صورت عدم همکاری عضو هیئت علمی در هر یک از بندهای فوق در طی مدت

قرارداد به خصوص عدم همکاری در زمینه در اختیار بودن تمام وقت و همچنین به طور مشخص در صورت آشکار شدن هر گونه فعالیت انتفاعی عضو هیئت علمی مشمول قرارداد در حوزه تخصصی در خارج از دانشگاه و تأیید اداره بازرسی دانشگاه، ضمن محفوظ داشتن حق شکایت از طریق نظارتی و قضایی برای مسئولین دانشگاه، اقدام مناسب قانونی نسبت به کسر پرداختی های قبلی از زمان آغاز کار انتفاعی از محل مطالبات ذینفع.

اینجانب ..... عضو هیئت علمی آموزشی گروه / عضو هیات علمی پژوهشی مرکز تحقیقات ..... دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی با رتبه علمی .....، فرزند.....، با شماره شناسنامه..... و کد ملی

..... با آخرین مدرک تحصیلی..... در رشته تحصیلی..... از تاریخ..... تا انتهای سال..... با اطلاع کامل از شیوه نامه مصوب هیئت رئیسه دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی در تاریخ ۹۶/۱۲/۲۱ و مشتمل بر چهار ماده به همراه تبصره و بندهای آن در خصوص پرداخت فوق العاده تمام وقت جغرافیایی، خود را موظف به اجرای کامل تمامی مفاد تعه‌دنامه فوق می دانم و به طور مشخص متعهد می شوم که از هرگونه فعالیت انتفاعی در حوزه ی تخصصی در خارج از دانشگاه پرهیز کنم و به صورت تمام وقت کامل و ۵۴ ساعت در هفته طبق برنامه ی تنظیمی در اختیار دانشگاه قرار داشته باشم. در صورت عدم رعایت هر یک از شرایط ذکر شده توسط اینجانب، ضمن قبول حق پیگیری موضوع از سوی مسئولین دانشگاه در مراجع نظارتی و قضایی، جبران فوری هر گونه خسران مادی و معنوی تعیین شده را می پذیرم.

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

اینجانب ..... مدیر گروه آموزشی /رئیس مرکز تحقیقات ..... دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی با توجه به نیاز به در اختیار بودن و کارکرد تمام وقت کامل و ۵۴ ساعت در هفته سرکار خانم /جناب آقای ..... طبق برنامه تنظیمی در گروه آموزشی /مرکز تحقیقات و یا برنامه تلفیقی، به صورت حضور به میزان معادل ..... ساعت در هفته در گروه آموزشی /مرکز تحقیقات، همراه با حضور به میزان معادل ..... ساعت در هفته در ستاد دانشگاه و در معاونت / معاونت های..... ، درخواست فوق را تأیید می نمایم و متعهد می شوم نظارت کامل و دقیقی بر عملکرد ایشان در گروه آموزشی /مرکز تحقیقات مطابق تعهدنامه ذکر شده داشته باشم و گزارش میزان ساعت در اختیار بودن توسط گروه آموزشی /مرکز تحقیقات را در هر ماه به دفتر امور هیئت علمی دانشگاه اعلام نمایم. همچنین در صورت عدم رعایت هر یک از شرایط ذکر شده توسط متقاضی و یا عدم نیاز به کارکرد تمام وقت کامل و ۵۴ ساعت در هفته برای ایشان در هر زمان، متعهد می شوم مراتب را طی نامه رسمی بلافاصله برای قطع همکاری به اطلاع مدیر امور هیئت علمی دانشگاه برسانم. بدیهی است مسئولیت هر گونه سهل انگاری در نظارت و خسران ناشی از آن را می پذیرم.

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

اینجانب ..... سرپرست دبیرخانه امور هیئت علمی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی با توجه به تأیید درخواست فوق توسط مدیر گروه آموزشی /رئیس مرکز تحقیقات ..... دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی و نیاز به کارکرد تمام وقت کامل و ۵۴ ساعت در هفته سرکار خانم /جناب آقای ..... طبق برنامه تنظیمی گروه آموزشی /مرکز تحقیقات و یا برنامه تلفیقی گروه آموزشی /مرکز تحقیقات به همراه برنامه ستاد دانشگاه، درخواست فوق را تأیید می نمایم.

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

با توجه به پذیرش / عدم پذیرش تعهد نظارت دقیق توسط مدیر محترم گروه آموزشی /رئیس محترم مرکز تحقیقات و نیز مدیر محترم امور هیئت علمی دانشگاه، با صدور حکم و پرداخت فوق العاده تمام وقت جغرافیایی برای سرکار خانم /جناب آقای ..... موافقت / مخالفت می گردد.

دکتر سید علی حسینی  
رئیس دانشگاه

دکتر حمیدرضا خرم خورشید  
معاون آموزشی دانشگاه