دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی

فرم تقاضای مشارکت در طرح تمام وقت جغرافیایی اعضاء هیأت علمی (پزشکان متخصص)

فرم شماره1

معاون محترم آموزشی مرکز

با سلام و احترام

اینجانب با مرتبه علمی گروه آموزشی و شماره نظام پزشکی که فاقد مطب و هرگونه فعالیت انتفاعی دیگر هستم و در صورت موافقت دانشگاه در چارچوب برنامه تنظیمی ، بطور تمام وقت در دانشگاه اشتغال به خدمت خواهم داشت، با اطلاع کامل از آیین نامه‌های مربوطه، بخشنامه شماره 9594 مورخ 81/6/18 مقام محترم وزارت و دستورالعمل اجرایی دانشگاه در رابطه با طرح تمام وقت جغرافیایی، تقاضای مشارکت در طرح مذکور را در مراکز پزشکی، آموزشی و درمانی ذیل می نمایم.

1- مرکز مدت روز در هفته
2- مرکز مدت روز در هفته
3- مرکز مدت روز در هفته

ضمناً متعهد می شوم در صورت عدم صحت مطالب فوق یا اشتغال در مراکزی خارج از مراکز وابسته به این دانشگاه، تمامی وجوه دریافتی را به صورت یکجا در هر مرحله که دانشگاه صلاح بداند مسترد نموده و عواقب ناشی از آن را شخصاً عهده دار باشم.

عضو هیأت علمی

رئیس محترم مرکز

با سلام و احترام

درخواست مشارکت در طرح تمام وقت جغرافیایی خانم دکتر/ آقای دکتر
با درحد نصاب بودن فعالیتهای آموزشی مورد تأیید می باشد ☐
[illegible] ☐

تاریخ اجرا:97/1/28