



شماره:
تاریخ:
پیوست:

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تبریز

فرم درخواست و تعهد نامه برقراری فوق العاده محرومیت از مطب کارکنان غیر هیأت علمی در سال ۱۴۰۴

اینجانب	دارای مدرک تحصیلی	رشته	عنوان پست سازمانی	محل خدمت
	محل کار کارمند رسمی □ پیمانی □ قرارداد کار معین (غیر پزشک خانواده) □ اعلام می نمایم در طرح پزشک خانواده همکاری و قراردادی ندارم و در قبال وظایف مشخص شده و سایر مأموریت های محوله و وانجام اضافه کاری فیزیکی در غیر ساعت موظف اداری بمیزان حداقل ماهانه ۶۰ ساعت برابر گزارش مآخوذه از تایمکس (بدون احتساب اضافه کاری برای ایام مأموریت روزانه)، درخواست برقراری فوق العاده محرومیت از مطب از تاریخ را نموده و متعهد می گردم به صورت تمام وقت برابر مقررات در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تبریز خدمت می نمایم و مطابق بند ۱۴ ماده ۵۴ آئین نامه اداری و استخدامی کارکنان غیر هیأت علمی هیچگونه اشتغال تخصصی و انتفاعی در مراکز تشخیصی، آموزشی، درمانی، مطب، داروخانه، آزمایشگاه، بیمارستان، درمانگاه و سایر واحدهای بخش خصوصی و خیریه و ... نداشته باشم و در صورتی که خلاف موارد فوق ثابت گردد دانشگاه کلیه حقوق و مزایای مربوط به محرومیت از مطب را کسر خواهد کرد.			
نام و نام خانوادگی و امضاء				
رئیس واحد سازمانی		معاونت ذیربط / مدیر دفتر ریاست دانشگاه		
به خدمات آقا/ خانم.....حداقل به میزان ۶۰ساعت در خارج از وقت اداری یا شیفت موظفی مورد نیاز می باشد.		نیاز واحد به خدمات آقا/ خانم.....حداقل به میزان ۶۰ساعت در خارج از وقت اداری یا شیفت موظفی مورد تایید می باشد.		
نام و نام خانوادگی و امضاء رئیس واحد		نام و نام خانوادگی و امضاء معاونت ذیربط / مدیر دفتر ریاست دانشگاه		

تذکر: در واحدهای زیر مجموعه حوزه ریاست دانشگاه، تایید قسمت سوم فرم توسط مدیر دفتر ریاست دانشگاه خواهد بود.