****

**فرم درخواست برقراری فوق العاده محرومیت از مطب**

شماره : ......................

تاریخ : .......................

|  |  |
| --- | --- |
| نام : ............................... نام خانوادگی : ............................... نام پدر: ....................... شماره ملی: ......................... شماره شناسنامه: ......................... عنوان پست سازمانی : ................................. واحد محل خدمت : .............................. نوع استخدام : ............................... مدرک تحصیلی : ..................................... شماره نظام پزشکی : .......................... | **مشخصات متقاضی** |
| احتراماً اینجانب با تأیید مشخصات فوق وبا اطلاع کامل از مفاد مصوبه مورخ 16/2/1396 هیأت امناء دانشگاه و قانون برقراری حق محرومیت از مطب ، متقاضی برقراری فوق العاده محرومیت از مطب می باشم . در صورتیکه با درخواست بنده موافقت گردد بدینوسیله در کمال صحت و سلامت کامل جسمی و روحی و روانی **تعهد می نمایم و ملتزم می گردم**  در طول مدت برقراری فوق العاده مذکور :الف) به میزان 60 ساعت علاوه بر ساعات موظفی خود در غیر ساعات اداری نسبت به انجام وظایف و مأموریت های محوله ( مطابق گزارش حضور و غیاب ) اقدام نمایم . ب) علی رغم اینکه مستقلاً توان اشتغال به کار را در خارج از محیط کار دارم تحت هیچ عنوان نسبت به ارائه خدمات تشخیصی ، آموزشی ، درمانی ، مشاوره ای ، بهداشتی ، مطب ، داروخانه ، آزمایشگاه در مراکز و محیط های کاری خارج از دانشگاه جهت کسب درآمد اقدام ننمایم . ج) حق دریافت همزمان طرح تمام را ندارم . د) اینجانب شاغل خدمت در طرح پزشک خانواده نمی باشم . بدیهی است در صورتیکه به هر دلیلی از مفاد این تعهد نامه عدول نمایم این اجازه و اختیار را به دانشگاه می دهم نسبت به استرداد وجوه واریزی به حساب اینجانب از تاریخ برقراری اقدام نموده و بدینوسیله حق هرگونه اعتراضی را در این خصوص از خود سلب و ساقط می نمایم .نام و نام خانوادگی درخواست کننده مهر وامضاء  | **متن درخواست و تعهد** |
| ضمن اعلام رضایت از نحوه خدمتی آقا / خانم دکتر ...................................... موارد ذیل در خصوص ایشان تأیید می گردد : 1 ) به خدمت بیش از ساعت موظفی نامبرده نیاز می باشد . 2 ) همه ماهه به 60 ساعت اضافه کار نامبرده نیاز می باشد . (در غیر ساعات اداری و موظفی)3 ) نامبرده مشمول طرح پزشک خانواده و طرح تمام وقتی نمی باشد .4 ) نامبرده از محل طرح پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد هیچگونه دریافتی ندارد .5 ) نامبرده متعهد خدمت در برنامه تحول نظام سلامت نمی باشد .6 ) مبلغ قابل پرداخت از محل اعتبارات اختصاصی واحد تأمین می گردد . بدیهی است در صورت هرگونه تغییر در شرایط مندرج این فرم ، مراتب کتباً در اسرع وقت به مدیریت منابع انسانی دانشگاه اطلاع داده خواهد شد .**مدیر واحد محل خدمت مهر و امضاء** | **نظریه واحد محل خدمت**  |
| باتوجه به درخواست آقای / خانم .................................................... با مشخصات فوق این معاونت گواهی می نماید ایشان نسبت به ارائه خدمات ، تشخیصی، آموزشی، درمانی، مشاوره ای، بهداشتی، مطب، داروخانه، آزمایشگاه در مراکز و محیط های کاری خارج از دانشگاه جهت کسب درآمد اقدام ننموده و مجوزی از طرف این معاونت صادر نگردیده است و نامبرده در حال حاضر هیچگونه فعالیت تخصصی انتفاعی ندارد و خدمات نامبرده به میزان 60 ساعت کار اضافه در غیر ساعت اداری در حوزه معاونت مورد نیاز می باشد و تأیید گواهی 60 ساعت کار اضافه نامبرده در غیر ساعات اداری یا موظفی هر ماه توسط این معاونت به امور مالی ارسال خواهد گردید .**دکتر................**  **معاون..............**  | **نظریه معاونت مربوطه** |
| **تأییدیه نهائی معاونت درمان دانشگاه مبنی بر عدم داشتن مطب یا کار غیر انتفاعی خارج از مؤسسه (خدمت در درمانگاه، کلینیک و بخش خصوصی)**  **دکتر .....................** **معاون ...................** | **نظریه معاونت درمان** |