

شماره:

تاریخ: / /

وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

موسسه آموزش عالی نبی اکرم(ص)

فرم درخواست تدریس اعضای هیات علمی سایر دانشگاه‌ها

|  |  |
| --- | --- |
| **مشخصات** | نام خانوادگی: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ نام: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ نام پدر: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ رشته تحصیلی: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  تاریخ تولد: \_\_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ محل تولد: \_\_\_\_\_\_\_ شماره شناسنامه: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ محل صدور شناسنامه: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ کد ملی: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ تابعیت: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_مذهب: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ شماره همراه: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎 مجرد / 🞎 متاهل  تعداد فرزندان: \_\_\_\_\_\_ نام و نام خانوادگی همسر : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ شغل همسر: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **نظام وظیفه** | 🞎 **:** دارای گواهينامه پايان خدمت / 🞎 **:** معافيت دائم / 🞎 **:** معافيت موقت  🞎 **:** معافيت پزشکی / 🞎 : متقاضی استفاده از طرح مشمولان متخصص |

|  |  |
| --- | --- |
| **آدرس سکونت** | استان: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ شهر: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_خیابان اصلی: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_خیابان فرعی: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  کوچه: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ پلاک: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ کد پستی: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ شماره تماس: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **محل کار** | دانشگاه محل استخدام: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  مرتبه علمی و پایه استخدام: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  نوع استخدام: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

------------------------------------------------

**زبان‌هايي که در نگارش و يا در تکلم بدان احاطه و تسلط داريد:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| مدارج تحصیلی | | | | | | | |
| **دانشگاه محل تحصيل** | **شهر محل تحصيل** | **کشور محل تحصيل** | **معدل يا امتياز** | **تاريخ اخذ مدرک تحصيلی** | **تاريخ شروع تحصيل** | **رشته تحصيلی** | **نوع مدرک** |
|  |  |  |  |  |  |  | **ليسانس** |
|  |  |  |  |  |  |  | **فوق ليسانس** |
|  |  |  |  |  |  |  | **دکترای عمومی** |
|  |  |  |  |  |  |  | **دکترای تخصصی** |

**چنانچه درحال حاضر مشغول به تحصيل هستيد، لطفا جدول زير را تکميل فرماييد.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رشته تحصيلی** | **محل تحصيل** | **مقطع تحصيلی** | **تاريخ شروع تحصيل** | **تاریخ تقریبی پایان تحصیل** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**مشخصات سه نفر را که بخوبی شما را بشناسند و مورد وثوق دانشگاه باشند ؛ بعنوان معرف مرقوم فرماييد.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تلفن** | **نشانی دقيق**  **(حتی الامکان آدرس محل کار را ذکر کنيد)** | **شغــــل** | | **نام و نام خانوادگی معرف** | **رديف** |
| **آزاد** | **دولتی** |
|  |  |  |  |  | **1** |
|  |  |  |  |  | **2** |
|  |  |  |  |  | **3** |

اينجانب \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ با دقت کامل به سوالات اين فرم پاسخ داده‌ام و نسبت به صحت مطالب اظهار شده، خود را مسئول می‌دانم.

تاريخ تکميل فرم : / / امضا

-------------------------------------------------------------------------------------------------

**مدارک مورد نياز :**

1. دو قطعه عکس 3×4
2. تصوير شناسنامه از تمام صفحات
3. تصویر کارت پایان خدمت
4. تصوير آخرين مدرك تحصيلي
5. تصویر آخرین حکم استخدامی
6. تصویر کارت ملی