بسمه تعالی

شماره .....
تاریخ .....
پیوست .....

دانشگاه علوم پزشکی شیراز
دانشکده داروسازی

فرم تقاضای اشتغال به کار در ساعات غیر اداری (مخصوص دانشجویان مقطع Ph.D دانشکده داروسازی)

سرکار خانم دکتر/جناب آقای دکتر..... **استاد راهنمای محترم:**
اینجانب ..... به شماره دانشجویی ..... رشته..... به استناد نامه شماره 500/5193/د مورخ 1401/08/18 معاون محترم آموزشی وزارت بهداشت مبنی بر بلا مانع بودن اشتغال دانشجویان دوره Ph.D مشروط به نداشتن تداخل ساعت های آموزشی و حضور در دانشگاه با ساعات حضور در محل کار، درخواست مجوز کار در ساعات غیر موظفی (بازه زمانی 16:00 تا 8:00 صبح) را دارم. خواهشمند است در این خصوص همکاری لازم با اینجانب مبذول گردد. ضمنا تعهد می دهم که ساعات موظف حضور در دانشکده (140 ساعت در ماه) را رعایت کرده و کلیه وظایف محوله در گروه آموزشی را به انجام برسانم. همچنین مسئولیت کلیه عواقب ناشی از طولانی شدن دوره تحصیل، تمدید سنوات و جریمه های احتمالی را می پذیرم. امضا و تاریخ

سرکار خانم دکتر/جناب آقای دکتر.....**مدیر محترم گروه آموزشی** .....

بدینوسیله موافقت □ مخالفت □ خود را با درخواست دانشجو اعلام می دارم.

نام و نام خانوادگی و امضا استاد راهنما:

سرکار خانم دکتر/جناب آقای دکتر.....**معاون محترم آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشکده داروسازی شیراز** :

بدینوسیله موافقت □ مخالفت □ خود را با درخواست دانشجو اعلام می دارم.

نام و نام خانوادگی و امضا مدیر گروه:

سرکار خانم دکتر/جناب آقای دکتر..... **ریاست محترم دانشکده داروسازی** :

احتراما، با در خواست دانشجو موافقت □ مخالفت □ گردید.

نام و نام خانوادگی و امضا معاون آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشکده داروسازی

سرکار خانم دکتر/جناب آقای دکتر..... **معاون محترم غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی شیراز:**
احتراما پیرو درخواست دانشجو .....به شماره دانشجویی ..... رشته .....به استناد نامه شماره 500/5193/د مورخ 1401/08/18 معاون محترم آموزشی وزارت بهداشت، با درخواست نامبرده جهت فعالیت در ساعات غیر موظفی (بازه زمانی 16:00 تا 8:00 صبح) طبق قوانین و مقررات معاونت غذا و دارو موافقت می گردد. لازم به ذکر است که صدور پروانه مسئولیت فنی جهت دستیار محترم در دوره های 6 ماهه صورت پذیرد و با توجه به پایش مرتب گروه آموزشی مربوطه، در **هر زمان** با صلاحدید استاد راهنما یا مدیر گروه و یا دانشکده طی نامه نگاری با معاونت غذا و دارو لغو میگردد.

نام و نام خانوادگی و امضا رییس دانشکده داروسازی :