



فرم شماره ۱

شماره:

تاریخ:

فرم بررسی احراز شرایط ادامه تحصیل اعضای غیر هیأت علمی

این قسمت توسط اداره کارگزینی تکمیل گردد:

۱. نام و نام خانوادگی:	۲. عنوان پست سازمانی / عنوان شغلی:
۳. واحد سازمانی اصلی:	۴. رشته و رشته شغلی:
۵. محل خدمت فرعی (واحد مستقر):	۶. نوع همکاری:
۷. سابقه خدمت قابل قبول عضو برای بازنشستگی تا تاریخ شروع به تحصیل*:	
۸. مقطع تحصیلی زمان جذب در دانشگاه:	
۹. مقطع تحصیلی مجاز برای ادامه تحصیل:	
۱۰. آخرین مقطع و رشته تحصیلی مندرج در حکم کارگزینی:	
۱۱. مقطع و رشته تحصیلی مورد نظر عضو جهت ادامه تحصیل:	
۱۲. دانشگاه محل تحصیل:	
۱۳. ارتباط رشته تحصیلی مورد نظر عضو با رشته شغلی مورد تصدی، وظایف و مأموریت های ارجاع شده:	

این قسمت توسط عضو تکمیل گردد:

۱۴. نمونه وظایف محوله پست مورد تصدی:

(۱-۱۴)

(۲-۱۴)

(۳-۱۴)

(۴-۱۴)

اعلام نظر اداره کارگزینی:

مراتب به استناد ماده ۵۲ و تبصره های ذیل آن مورد بررسی قرار گرفت و به شرط احراز شرایط ذیل و تصویب هیأت اجرایی منابع انسانی دانشگاه امکان ادامه تحصیل برای عضو متقاضی:

وجود دارد وجود ندارد

۱. مدرک تحصیلی مقطع بالاتر (کارشناسی و بالاتر) عضو که در حین خدمت و بدون استفاده از مأموریت آموزشی و هزینه دانشگاه اخذ شده است صرفاً برای یک مقطع و یک بار نسبت به مدرک تحصیلی ارائه شده در بدو استخدام یا به کارگیری وی با رعایت سایر شرایط قابل احتساب است.
۲. در زمان اعمال مدرک تحصیل بالاتر، عضو دارای حداقل ۶ سال سابقه خدمت قابل قبول در دانشگاه یا حداکثر ۲۴ سال سابقه خدمت قابل قبول برای بازنشستگی باشد.

۳. معدل مدرک تحصیلی بالاتر اخذ شده از دانشگاه های دولتی اعم از روزانه و شبانه در مقطع کارشناسی حداقل ۱۵، در مقطع کارشناسی ارشد حداقل ۱۶ و در مقطع دکتری تخصصی حداقل ۱۸ باشد.

۴. معدل مدرک تحصیلی بالاتر اخذ شده از دانشگاه های علمی- کاربردی، پیام نور، آزاد، پردیس های دانشگاهی و سایر مؤسسات آموزش عالی در مقطع کارشناسی حداقل ۱۶، در مقطع کارشناسی ارشد حداقل ۱۷ و در مقطع دکتری تخصصی حداقل ۱۹ باشد.

✓ شایان ذکر است عضو متقاضی با در نظر گرفتن رعایت حداکثر سابقه خدمت نسبت به ادامه تحصیل اقدام نماید و ارائه مدرک تحصیلی بعد از حداکثر سابقه مذکور (۲۴ سال سابقه بازنشستگی) به هیچ عنوان قابل بررسی و احتساب نمی باشد.

نام و نام خانوادگی عضو:	نام و نام خانوادگی کارشناس بررسی کننده:	نام و نام خانوادگی رئیس اداره کارگزینی:
امضاء:	امضاء:	امضاء:
تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:

*ردیف ۷ بر اساس لیست سوابق بیمه ای تلفیقی ارائه شده توسط عضو تکمیل شود.