

فرم 1	فرم درخواست اجرای دوره های علمی کاربردی (متقاضیان جدید)		
1- دستگاه های اجرایی، سازمان های دولتی، نهادهای عمومی، واحدهای تولیدی، صنعتی و خدماتی، انجمن های علمی-تخصصی با مجوز از وزارت، اتحادیه های صنفی رسمی کشور و دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی دولتی و غیردولتی 2- وزارتخانه ها، سازمان ها و یا نهادهای با ماهیت دولتی یا عمومی و موسسات آموزش عالی علمی کاربردی که به موجب قانون تشکیل شده و عالی ترین مقام سیاست گذار و تصمیم گیر در حوزه های آموزشی مرتبط با فعالیت دستگاه های متقاضی می باشند.	الف - اطلاعات شناسنامه ای دستگاه متقاضی¹:		
	نام ارگان ² :		
	نام دستگاه متقاضی (شخصیت حقوقی):		
	تاریخ آغاز فعالیت دستگاه متقاضی:		
	<input type="checkbox"/> دولتی	<input type="checkbox"/> عمومی	<input type="checkbox"/> خصوصی
	ماهیت حقوقی:		
	نام و نام خانوادگی بالاترین مقام دستگاه متقاضی:		
	سمت:	تلفن همراه:	تلفن ثابت:
	نوع فعالیت دستگاه متقاضی:		
	<input type="checkbox"/> حاکمیتی	<input type="checkbox"/> تولیدی - صنعتی	<input type="checkbox"/> تولیدی - کشاورزی
<input type="checkbox"/> خدماتی		<input type="checkbox"/> سایر	
عنوان خدمات و یا محصولات:			
-1	-3	-2	
-2	-4	آدرس دقیق دستگاه متقاضی:	
استان:	شهر:	خیابان:	
کوچه:	پلاک:	تلفن:	
آدرس دقیق محل اجرای دوره:			
استان:	شهر:	خیابان:	
کوچه:	پلاک:	تلفن:	
متراژ فضای کالبدی که صرفاً برای مرکز آموزش پیش بینی گردیده است: متر مربع			
<input type="checkbox"/> ملکی	<input type="checkbox"/> استیجاری	نوع مالکیت:	
ب- دلایل توجیهی اجرای دوره های علمی کاربردی: (به صورت پیوست ارائه شود)			
1- ضرورت آموزش در سازمان یا دستگاه متقاضی چیست؟			
2- اجمالا تاریخچه آموزش در آن سازمان را بیان نمایید.			
3- الزامات قانونی و چشم انداز آموزش در سازمان یا دستگاه متقاضی (درون و بیرون سازمان) چیست؟			
4- جامعه هدف و ابعاد طرح (توزیع جغرافیایی، رشته و مقطع تحصیلی مورد نظر، تعداد متقاضی، مدت زمان مورد نظر جهت اجرای طرح) کدام است؟			
5- در صورت آموزش دانشجویان غیر شاغل بخش، ضرورت، تمهیدات فراهم شده جهت جذب و اشتغال دانش آموختگان مذکور چیست؟			

صفحه 1 از 4	بالاترین مقام دستگاه متقاضی نام و نام خانوادگی مهر و امضاء تاریخ:	بالاترین مقام ارگان نام و نام خانوادگی مهر و امضاء تاریخ:
-------------	--	--

ج - اطلاعات درخواست دوره ³ : (این صفحه به تعداد دوره درخواستی تکمیل گردد)										فرم 1 - ادامه		
ردیف	عنوان دوره درخواستی		مقطع		مصوب دفتر برنامه ریزی درسی		ظرفیت		جنسیت		نظر واحد استانی	
	کارشناسی	کاردانی	می باشد	نمی باشد	شاغل	آزاد	زن	مرد	موافق	مخالف		
تعریف شاغل:												
دلایل توجیهی ظرفیت آزاد:												
شرایط اختصاصی پذیرش دانشجو: (تخفیف شهریه دانشجویان ممتاز، حداکثر سن، مصاحبه، بومی بودن، تعهد، شرایط جسمانی و ...)												
امکانات رفاهی: خوابگاه <input type="checkbox"/> سلف سرویس <input type="checkbox"/> وسیله ایاب و ذهاب <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>												
امضاء مدرس	پیشنهادی مدرس (به ازای هر دوره حداقل سه مدرس)	کد مدرسی علمی کاربردی		مدرس دانشگاه	رشته تحصیلی مدرس	دروس تخصصی مورد تدریس	امضاء مدرس					
		آموزشی	خبره									
محل انجام درس کاربردی ⁴ :												
کارگاه <input type="checkbox"/> کارخانه <input type="checkbox"/> واحد تولیدی <input type="checkbox"/> مزرعه <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر مشخصات):												
آدرس محل کاربردی:												
مدرس درس کاربردی:												
کد مدرسی:												
رشته تحصیلی:												
محل انجام درس کارورزی ⁴ :												
کارگاه <input type="checkbox"/> کارخانه <input type="checkbox"/> واحد تولیدی <input type="checkbox"/> مزرعه <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر مشخصات):												
آدرس محل کارورزی:												
³ درخواستها با تدوین حداقل 2 دوره جدید قابل بررسی خواهند بود. ⁴ محل اجرای دوره های کاربردی و کارورزی باید: (1) در محیط واقعی کار، (2) متعلق به دستگاه متقاضی، (3) کاملاً مرتبط با رشته و (4) منطبق با سرفصل های برنامه درسی باشد.												

صفحه 2 از 4	بالاترین مقام ارگان نام و نام خانوادگی مهر و امضاء	بالاترین مقام متقاضی نام و نام خانوادگی مهر و امضاء
	تاریخ:	تاریخ:

فرم 1 - ادامه	د - مشخصات سرپرست پیشنهادی⁵ مرکز					
د - 1) مشخصات فردی						
محل الصاق عکس	نام و نام خانوادگی:		نام پدر:			
	کد ملی:		تاریخ تولد:		وضعیت تاهل:	
		مسئولیت در دستگاه اجرایی ⁶ :		کد مدرسی:		
		مدرس علمی کاربردی: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>		آدرس محل سکونت:		
		آدرس محل کار:		تلفن:		
		تلفن همراه:		تلفن:		
د - 2) سوابق تحصیلات دانشگاهی⁶:						
معدل کل	محل تحصیل		تاریخ		رشته تحصیلی	
	شهر	نام دانشگاه	پایان	شروع		مقطع
					کارشناسی	
					کارشناسی ارشد	
					دکتری	
د - 3) اهم سوابق اجرایی:						
آدرس و تلفن		تاریخ پایان	تاریخ شروع	مسئولیت	محل خدمت	رتبه
د - 4) سوابق آموزشی (تدریس در دانشگاه‌ها و مراکز آموزشی):						
ردیف	نام دانشگاه	مقطع تحصیلی	عنوان درس	تعداد نیمسال تحصیلی		
⁵ شرایط لازم برای سرپرست پیشنهادی:						
الف) شرایط عمومی:						
1. مسلمان و برخوردار از حسن شهرت اخلاقی و رفتاری						
2. التزام به ولایت فقیه و قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران						
3. عدم سابقه وابستگی به گروه‌های محارب و معارض با جمهوری اسلامی ایران						
4. عدم سوء پیشینه و اعتیاد به مواد مخدر						
5. دارا بودن گواهی پایان خدمت یا معافیت خدمت برای آقایان						
تبصره: در مورد مراکز آموزش مربوط به اقلیت‌های دینی ذکر شده در قانون اساسی، شرط مسلمان بودن حذف می‌گردد.						

صفحه 3 از 4	بالاترین مقام دستگاه متقاضی نام و نام خانوادگی مهر و امضاء تاریخ:	بالاترین مقام ارگان نام و نام خانوادگی مهر و امضاء تاریخ:
-------------	--	--

ب) شرایط تخصصی:

1. دارا بودن ارتباط سازمانی تمام وقت با دستگاه متقاضی
 2. شناخت کافی از نظام آموزش‌های عالی به ویژه آموزش‌های علمی کاربردی و ترجیحاً دارای دو سال سابقه امور آموزشی در سازمان‌ها و دستگاه‌های اجرایی
 3. امکان حضور موثر و مفید در مرکز آموزش
- وظایف و اختیارات سرپرست مرکز:**
1. پیگیری تمام امور مربوط به درخواست اجرای دوره جهت برقراری ارتباط موثر بین دستگاه متقاضی و دانشگاه
 2. تدوین دوره‌های جدید متناسب و مورد نیاز دستگاه متقاضی
 3. راه‌اندازی گروه‌های آموزشی مرتبط و بکارگیری نیروهای متخصص و متعهد
 4. استفاده از مدرسان خبره، متخصص و مجرب مرتبط با حوزه‌های تخصصی دستگاه متقاضی
 5. سازماندهی و مدیریت متناسب منابع در جهت پیشبرد صحیح امور آموزشی مرکز
 6. اجرای صحیح و دقیق کلیه ضوابط و مقررات دانشگاه
 7. نظارت بر حسن انجام امور آموزشی، پژوهشی، اداری، مالی، معاملاتی و توسعه مرکز آموزش
 8. تلاش مستمر و موثر برای توسعه ظرفیت‌های مرکز آموزش و ایجاد ظرفیت‌ها جدید در پذیرش و آموزش دانشجو
 9. برقراری ارتباط موثر با حوزه‌های اشتغال، شناسایی ظرفیت‌های استان در امور آموزشی و مرتبط با ماموریت
 10. کیفیت‌سنجی و کیفیت‌بخشی مستمر فعالیت‌های یاددهی - یادگیری مرکز آموزش
 11. همکاری، تعامل مستمر و پاسخگویی به واحدهای استانی، دانشگاه، موسسه و سایر مراجع ذیربط اداره کلیه امور مرکز آموزش

6 مستندات زیر پیوست شوند:

- 1- حکم کارگزینی سرپرست پیشنهادی
- 2- آخرین مدرک تحصیلی سرپرست پیشنهادی

اینجانب به عنوان سرپرست پیشنهادی مرکز آموزش ضمن تأیید کلیه مندرجات بند (د) این فرم، انجام کلیه وظایف محوله را متعهد می‌شوم.

امضاء

نام و نام خانوادگی سرپرست پیشنهادی

تاریخ:

جناب آقای / سرکار خانم به عنوان سرپرست پیشنهادی مرکز آموزش مورد تأیید این واحد استانی می‌باشد.

امضاء

رئیس واحد استانی

تاریخ: