

فرم ارزیابی مدرس ویژه مؤسسات آموزشی بیمه (دارای تاییدیه صلاحیت)

نام و نام خانوادگی:				کد ملی:				عنوان شغل:			
نشانی:				شماره همراه:							
عنوان مدرک تحصیلی		دکتری PHD		کارشناسی ارشد و دکتری حرفه‌ای		کارشناسی					
		مرتبط	غیر مرتبط	مرتبط	غیر مرتبط	مرتبط	غیر مرتبط				
رشته‌های مرتبط: (بیمه - مدیریت - اقتصاد - حسابداری - مالی - آمار بیمه - حقوق)											
سوابق آموزشی و تجربی		عضویت هیئت علمی در گروه بیمه‌ای		سابقه تدریس				سابقه اشتغال در مشاغل فنی و تخصصی بیمه‌ای			
				دروس بیمه‌ای	دروس غیر بیمه‌ای						
		سال	امتیاز	ساعت	امتیاز	ساعت	امتیاز	سال	امتیاز		
		--				--				--	
مشاغل فنی و تخصصی بیمه‌ای : مشاغل فنی و تخصصی بیمه مرکزی- شرکت های بیمه - نماینده /کارگزار یا ارزیاب خسارت بیمه‌ای											
فعالیت‌های علمی و پژوهشی بیمه‌ای		تألیف کتاب		ترجمه کتاب		تألیف مقاله		ترجمه مقاله		مجری طرح تحقیقاتی	
		تعداد	امتیاز	تعداد	امتیاز	تعداد	امتیاز	تعداد	امتیاز	همکار اصلی طرح تحقیقاتی	
		--				--				--	
عنوان کتاب:						عنوان مقاله:					
۱.						۱.					
عنوان و موسسه طرح تحقیقاتی:											
۱.											
رشته‌هایی که تدریس کرده است:											
موسسه متقاضی معرفی کننده:											
جمع امتیاز مدرس: به عدد											
به حروف:											

*ارسال تمامی مدارک و مستندات رسمی برای موارد اعلام شده در این فرم به بیمه مرکزی الزامی است.

*در صورتی که درخواست و مدارک و مستندات مدرس پیشنهادی از سوی مؤسسه آموزشی دارای تاییدیه صلاحیت برگزاری دوره‌های آموزشی بیمه به بیمه مرکزی ارسال نگردد، تصویر مدارک و مستندات ارسالی می‌بایست از طریق مراکز ذیصلاح و تحت نظارت قوه قضائیه برابر اصل شده باشند.

*مدرک تحصیلی، حکم کارگزینی، ابلاغیه سمت، حکم هیئت علمی، گواهی تدریس با ذکر عنوان درس و مدت تدریس به ساعت، تصویر شناسنامه کتاب، پذیرش مقاله و طرح تحقیقاتی از جمله مستندهای قابل قبول برای دریافت تاییدیه صلاحیت تدریس هستند.

*گواهی تدریس و یا دوره آموزشی تدریس در فضای مجازی برای مدرسان متقاضی تدریس مجازی

لطفا در صورت نیاز به راهنمایی بیشتر، از ساعت ۰۸ تا ۱۵ روزهای شنبه تا چهارشنبه با شماره تلفن‌های ۰۲۱۲۴۵۵۱۰۰۰ داخلی ۳۹۰ و یا شماره ۰۲۱۲۴۵۵۱۳۹۰ واحد پذیرش مؤسسات آموزشی متقاضی تاییدیه صلاحیت برگزاری دوره آموزشی بیمه تماس حاصل نمایید.