**به نام خدا**

**قرار داد همکاری دانشجویان** **همتایار سلامت روان دانشجویان**

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ، درمانی شیراز**

این قرارداد فی مابین معاونت فرهنگی و دانشجوی به نمایندگی آقای دکتر سمائی و دانشجو.......................................

به شماره دانشجویی..................................رشته...............................ساکن.......................................................................

به عنوان همتایار سلامت روان و در قالب کار دانشجویی در دانشگاه علوم پزشکی شیراز منعقد میگردد.

شرایط عضویت

* دانشجوی شاغل به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی شیراز و علاقمند به ارایه خدمات عمومی مشاوره ای باشد.
* دانشجودرزمان درخواست ، حداقل دونیم سال تحصیلی را گذرانده و حداقل یک نیم سال تحصیلی از مدت تحصیل وی باقی مانده باشد.
* نداشتن حکم قطعی انضباطی
* نداشتن اشتهار به سوء رفتاراجتماعی به تایید اداره مشاوره دانشجویی
* نداشتن اختلال روانی شناخته شده به تایید اداره مشاوره دانشجویی
* گذرانده دوره آموزشی مهارت های زندگی و دوره های توجیهی اداره مشاوره دانشجویی
* تکمیل فرم عضویت و تعهد نامه رعایت ضوابط اخلاقی حیطه فعالیت

**شرح وظایف همتایاران سلامت روان دانشجویان**

* برقراری رابطه حسنه با دانشجویان نیازمند به خدمات راهنمایی و مشاوره و ارجاع انها به شعبات اداره مشاوره مستقر در خوابگاه ها و دانشکده های دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی
* کمک به شناسایی دانشجویان در معرض آسیب و آسیب دیده و هدایت آنها به کارشناس مربوطه بنا به تشخیص اداره مشاوره
* پیگیری وضعیت دانشجویان ارجاعی به " هسته های مشاوره و پیشرفت تحصیلی " یااداره مشاوره دانشجویی پس از دریافت خدمات یاورانه
* مشارکت نیمه حرفه ای در ارائه خدمات مشاوره در زمینه های هدایت و توانبخشی تحصیلی، آموزشی و شغلی
* مشارکت در پایش وضعیت روانشناختی دانشجویان
* مشارکت در تهیه ، تدوین و توزیع جزوات اطلاع رسانی
* مشارکت در برگزاری برنامه ها و کارگاه های آموزشی اداره مشاوره دانشجویی
* مشارکت در تشکیل گروه های پرورش تفکر خلاق و ایده پردازی
* مشارکت در فعالیت های مرتبط با توانبخشی دانشجویان
* ارایه گزارش ماهانه به اداره مشاوره دانشجویی
* همکاری و تعامل مستمربا اداره مشاوره دانشجویی
* حق الزحمه فعالیت گروه همتایاران در قالب کار دانشجویی از محل منابع معاونت فرهنگی، دانشجویی دانشگاه بر اساس ساعت و کیفیت عملکرد طبق نظر کارشناسان اداره مشاوره پرداخت می شود.

این جانب ................................. دانشجوی رشته .................................... با شمار دانشجویی....................................... تمام مفاد آیین نامه را مطالعه کرده ام و شرایط ذکر شده را میپذیرم.

 تاریخ عضویت:

دانشجو معاونت فرهنگی و دانشجویی رییس اداره مشاوره