#### تعهدنامه

#### عنوان كامل طرح:

|  |
| --- |
| **به زبان فارسي:** |
| **به زبان انگليسي:** |

اين طرح پژوهشي به طور كامل توسط اينجانب 0000000000000000000000000000 مجري اصلي طرح، بررسي و صحت علمي، تكراري نبودن و مراحل اجرايي و هزينه‌هاي برآوردي آن مورد تأييد كامل مي‌باشد.

 **نام و نام خانوادگي 000000000000000000000000 امضاء**

**الف )تأييدية علمي دو نفر از اعضاء هيأت علمي منتخب شوراي گروه مربوطه:**

1-اينجانب 0000000000000000000000000000 طرح پژوهشي با عنوان 00000000000000000000000000000000000000000 مربوط به آقاي/خانم 0000000000000000000000000000 را مطالعه و صحت روش‌شناسي، اجراي طرح، ضرورت انجام آن و مناسب بودن هزينه‌هاي برآوردي را تأييد مي‌نمايم.

**نام و نام خانوادگي 000000000000000000000000 امضاء**

2- اينجانب 0000000000000000000000000000 طرح پژوهشي با عنوان 0000000000000000000000000000000000000000000 مربوط به آقاي/خانم 0000000000000000000000000000 را مطالعه و صحت روش شناسي، اجراي طرح، ضرورت انجام آن و مناسب بودن هزينه هاي برآوردي را تأييد مي‌نمايم.

**نام و نام خانوادگي 000000000000000000000000 امضاء**

**ب) گروه آموزشي مربوطه:**

 شماره : 00000000000000000

تاريخ : 00000000000000000

اين طرح در تاريخ در شوراي گروه مورد بررسي قرار گرفت و صحت علمي، مراحل پيش بيني شده و هزينه هاي برآوردي آن مورد تأييد قرار گرفت.

**نام و امضاء مدير گروه آموزشي : 00000000000000**

**مهر گروه : 00000000000000000000000**

**ج) شوراي پژوهشي دانشكده:** شماره : 000000000000

 تاريخ :0000000000 000

اين طرح در تاريخ در شوراي پژوهشي دانشكده مورد بررسي كامل قرار گرفت و صحت علمي، مراحل پيش بيني شده و هزينه هاي برآوردي آن مورد تأييد قرار گرفت و با توجه به جوانب و مشخصات مندرج در بندهاي فرم پيشنهادي با انجام آن موافقت به عمل آمد.

 **نام و امضاء رييس شوراي پژوهشي دانشكده / آموزشكده ………………………………….**

 **مهر دانشكده / آموزشكده : 000000000000000000000000**

**د) تایید رئیس پژوهشکده گیاهان دارویی**

اين طرح با عنوان ....................................................................................................................مورد بررسي كامل قرار گرفت و صحت علمي، مراحل پيش بيني شده و هزينه هاي برآوردي آن مورد تأييد قرار گرفت و با توجه به جوانب و مشخصات مندرج در بندهاي فرم پيشنهادي با انجام آن موافقت به عمل آمد.

 **نام و نام خانوادگی و امضاء رئیس پژوهشکده گیاهان دارویی**

 **………………………………….**

# و)تایید مدیر مستقیم کارشناس دانشگاه

اینجانب خانم/ آقای................. مدیر خانم/ آقای ..............

انجام طرح...............................از نظر این مدیریت در خارج از ساعت اداری بلامانع می باشد در صورتی که انجام این طرح باعث ایجاد اخلال در امور محوله نشود.

**مهر و امضاء مدیر مستقیم کارشناس ………………………………….**

**ه) رزومه پژوهشی کارشناس دانشگاه با مدرک دکتری تخصصی:**

1. .....
2. .....
3. .....