نمون برگ شماره ۱

اعلام آمادگی برای بررسی مدارک خوداظهاری، ویژگی‌های جسمانی و ارزیابی تکمیلی آزمون استخدامی آموزش و پرورش

اداره کل آموزش وپرورش استان همدان

احتراماً ؛ اینجانب..... فرزند.....باکدملی..... به شماره داوطلبی..... از معرفی شدگان چند برابر ظرفیت آزمون استخدام پیمانی سال ۱۴۰۱ می‌باشم که با علم وآگاهی کامل و مطالعه دقیق مفاد دفترچه راهنمای آزمون استخدامی ویژه وزارت آموزش و پرورش(سال ۱۴۰۱) و اطلاعیه‌های بعدی سازمان سنجش آموزش کشور درباره آزمون استخدامی وزارت آموزش و پرورش جهت شرکت در مراحل ارزیابی تکمیلی و صلاحیت عمومی و بررسی ویژگی‌های جسمانی اقدام نمایم. براین اساس از کلیه شرایط و ضوابط اعلام شده ازسوی آموزش وپرورش در دفترچه مزبور و اطلاعیه بعدی و همچنین ضوابطی که در زمان انجام بررسی ویژگی‌های جسمانی و ارزیابی تکمیلی و صلاحیت عمومی اعلام خواهد شد؛ آگاهی کامل داشته و متعهد و ملتزم می‌شوم که مطابق ضوابط آموزش وپرورش عمل نمایم . بنابراین مسئولیت ناشی از عدم رعایت دقیق ضوابط و شرایط اعلام شده به عهده اینجانب خواهدبود. تشخیص آموزش وپرورش در هریک موارد ذیل غیر قابل اعتراض بوده و دستگاه مزبور حق اقدام قضایی و صدور اجرائیه علیه اینجانب را دارد.

۱- با توجه به اینکه گزینش نهایی براساس مجموع نمرهٔ فضلی هر داوطلب، با وزن چهل درصد (٪۴۰) آزمون مشترک کتبی و شصت‌درصد(٪۶۰) ارزیابی تکمیلی صورت خواهد گرفت، بنابراین معرفی اینجانب برای بررسی ویژگی‌های جسمانی، ارزیابی تکمیلی و صلاحیت عمومی،گزینش وسایر مراحل به عنوان قبولی نهایی تلقی نمی شود.

۲- بررسی ویژگی‌های جسمانی براساس ضوابطی خواهد بود که آموزش وپرورش درزمان بررسی ویژگی‌های جسمانی اعلام می‌نماید.

۳- به استناد مجوز شماره ۹۹۶۶۵ مورخ ۱۴۰۱/۱۲/۰۳ سازمان اداری واستخدامی کشور، متعهد و ملزم به گذراندن دوره یکسالهٔ مهارت‌آموزی در دانشگاه فرهنگیان (برای رشته‌های شغلی: دبیر، آموزگار، مربی امور تربیتی، مراقب سلامت و...) ویا دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی (برای رشته‌های شغلی: هنرآموز) و موفقیت درآزمون جامع می‌باشم. مضافاً براین موضوع واقفم که تعیین محل گذراندن دوره یکساله مهارت آموزی به عهده دانشگاه‌های مزبور خواهدبود.بنابراین درصورت قبولی نهایی حق هیچ گونه درخواستی برا ی تغییر محل گذراندن دوره یکساله آموزی، تحت هرشرایطی اعم تأهل،تجرد،تکلف،بیماری،دوری مسافت و... را ندارم.

۴- وفق ضوابط اعلامی، پرداخت بخشی از هزینه‌های ارزیابی تکمیلی و صلاحیت عمومی و معاینات پزشکی و همچنین برگزاری دورهٔ یکسالهٔ مهارت‌آموزی (خدمات آموزشی و رفاهی)، برعهدهٔ داوطلب اینجانب خواهد بود.

۵- با توجه به اینکه شرایط و ضوابط برگزاری دورهٔ یکسالهٔ مهارت‌آموزی، پس از قبولی نهایی داوطلبان و در زمان ثبت نام در دوره مزبور ازسوی دانشگاه‌های مجری دوره، اعلام خواهد شد. بنابراین متعهد وملتزم می شوم چنانچه جزء قبول شدگان نهایی قرار گیرم ضوابط و مقررات اعلام شده از سوی دانشگاه مجری دوره مزبور را رعایت نمایم.

۶- عدم حضور در هر یک از مراحل آزمون (کتبی، ارزیابی تکمیلی، سنجش و ارزیابی تکمیلی،گزینش و...) وهمچنین عدم ثبت نام و شرکت در دورهٔ یکسالهٔ مهارت‌آموزی و آزمون جامع، انصراف تلقی شده و هیچ‌گونه حق استخدامی برای اینجانب ایجاد نخواهد کرد.حسب مورد مکلف به پرداخت هزینه‌های مربوط که ازسوی آموزش وپرورش اعلام خواهد شد می باشم

۷- تغییر منطقهٔ محل خدمت، بعد از قبولی و قبل استخدام و اشتغال به‌کار، تحت هیچ شرایطی مجاز نخواهد بود؛ بعد از اشتغال به‌کار نیز، تابع ضوابط و مقررات نقل و انتقال فرهنگیان رسمی وپیمانی خواهدبود.

۸- متعهد و ملتزم می شوم اگر جزءمعرفی شدگان نهایی قرار گرفته و پس از ثبت نام در دوره یکساله مهارت آموزی، در صورت ترک دوره یا انصراف از ادامه گذراندن دوره، ممنوعیت از ادامه گذراندن دوره اخراج و یا انفصال از خدمت، استنکاف از استخدام، عدم استخدام ناشی از تقصیر، ترک خدمت، بازخرید نمودن و بطور کلی در صورت فراهم نمودن موجبات عدم ایفای تمام یا قسمتی از خدمت مورد تعهد، مکلف خواهم بود دو برابر حقوق و مزایای دریافتی و دو برابر هزینه‌های دوره یکساله مهارت را حسب اعلام آموزش و پرورش و دانشگاه محل گذراندن مزبور را، حسب مورد به توسط آموزش و پرورش یا دانشگاه پرداخت نمایم.

۹- چنانچه داوطلب یا مرجع (شخص حقیقی یا حقوقی) اقدام به ارائه مدارک و مستندات موضوع نمون برگ شماره ۱۹ به صورت غیرواقعی نماید، موضوع پس از استعلام و احراز عدم اعتبار قانونی مدارک و مستندات، مطابق موازین قانونی در مراجع قضایی ذیصلاح طرح شکایت خواهد شد و در هر مرحله از آزمون یا بعد از استخدام یا در طول خدمت چنانچه جعلیت و فقدان اصالت آن محرز شود قبولی و استمرار خدمت داوطلب پس از اثبات موضوع در مرجع قضایی صالح، کان لم یکن تلقی می‌گردد.

نام ونام خانوادگی داوطلب/اثرانگشت وامضاء

نمون‌برگ شماره ۲

بررسی مدارک و مستندات خوداظهاری داوطلب آزمون استخدامی آموزش و پرورش

اداره کل آموزش و پرورش استان همدان

نام و نام خانوادگی داوطلب: ..... کد ملی : .....رشته شغلی داوطلب معرفی شده : .....

عنوان‌های ارزیابی	مجاز	غیرمجاز
۱- تطبیق اصل مدارک شناسایی: شناسنامه☐ کارت ملی☐	☐	☐
۲-کارت پایان خدمت (پایان خدمت نظام وظیفه و یا معافیت دایم تا ۱۴۰۲/۰۳/۲۲) ☐	☐	☐
۳-ارزش استخدامی مدرک تحصیلی: مدرک تحصیلی فوق دیپلم☐ لیسانس ☐ فوق لیسانس ☐ **تاریخ فراغت از تحصیل ...../ ...../ .....** تاریخ فراغت از تحصیل بعد از تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۲۲ قابل قبول نمی‌باشد.	☐	☐
۴-تطبیق رشته تحصیلی و جنسیت با عنوان شغلی پذیرفته شده در آزمون **- مشمول اطلاعیه سری سوم اصلاحات دفترچه می باشد☐** (دارا بودن حداقل ۲ سال سابقه فعالیت آموزشی و تربیتی با حداقل ۱۰ ساعت فعالیت در هفته بر اساس قرارداد معتبر) **- مشمول حافظان درجات ۱ تا۵ قرآن کریم می باشد☐** (دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی مورد تأیید وزارت علوم یا سطح ۲ و بالاتر تحصیلات حوزوی)	☐	☐
۵-استفاده از سهمیه ۲۵ ٪ ایثارگران؛ نوع سهمیه: **آزاده ☐ جانباز ☐ درصد جانبازی: ..... همسر یا فرزند شهید ☐ پدر، مادر، خواهر و برادر شهید ☐ همسریا فرزند آزاده یک سال و بالای یکسال اسارت ☐ همسر یا فرزند جانباز ۲۵ ٪ و بالاتر ☐**	☐	☐
۶-استفاده از سهمیه ۵ ٪ ایثارگران؛ نوع سهمیه: **فرزند جانباز (زیر ۲۵ ٪)☐ درصد جانبازی : ..... فرزند آزاده (با کمتر از یکسال اسارت) ☐** **رزمنده ☐ همسر و فرزند رزمنده ☐ (باحداقل شش ماه حضورداوطلبانه در جبهه)**	☐	☐
۷-وضعیت داوطلب از نظر شرط سنی با توجه به مدرک تحصیلی (لیسانس و فوق لیسانس ۴۰ سال تمام از تاریخ ۱۳۶۱/۱۲/۱۰ به بعد) **تاریخ تولد ...../...../..... سن دقیق داوطلب در روز اول ثبت نام(۱۴۰۱/۱۲/۱۰): روز .....ماه ..... سال....**	☐	☐
نکته مهم: مواردی که با ارائه تاییدیه معتبر به حداکثر سن مجاز داوطلب افزوده شده: (بخش دوم-شرایط عمومی داوطلبان) **-موضوع تبصره یک بند ۱۱ بخش دوم شرایط عمومی داوطلبان ☐** (معاف از شرایط حداکثر سنی) **-موضوع ردیف اول تبصره ۲ بند ۱۱ بخش دوم شرایط عمومی داوطلبان ☐** (تا میزان ۵ سال..... مدت ..... سال) **-موضوع ردیف ۲ تبصره ۲ بند ۱۱ بخش دوم شرایط عمومی داوطلبان ☐** (حضور در جبهه ازتاریخ ۱۳۵۹/۶/۳۱ لغایت ۱۳۶۷/۵/۲۹ قابل محاسبه است) مدت حضور داوطلبانه : ..... **-موضوع ردیف ۳ تبصره ۲ بند ۱۱ بخش دوم شرایط عمومی داوطلبان ☐** مدت اسارت ..... سال **-موضوع تبصره ۳ بند ۱۱ بخش دوم شرایط عمومی داوطلبان ☐** (خدمت تمام وقت در آموزش و پرورش) مدت ..... سال موضوع تبصره (۲) ماده واحده نحوه جذب منابع انسانی در مشاغل آموزشی و تربیتی وزارت آموزش و پرورش» جلسه شماره ۸۳۳ مورخ ۱۳۹۹/۰۸/۲۷ شورای عالی انقلاب فرهنگی (افرادی که به استناد یکی از قوانین و مقررات موضوعه با واحدهای دولتی آموزشی و تربیتی آموزش و پرورش همکاری کرده اند **مدت همکاری تمام وقت** این افراد از حداکثر سن برای شرکت در آزمون‌های استخدامی وزارت آموزش و پرورش کسر می شود.) **- موضوع تبصره ۴ بند ۱۱ بخش دوم شرایط عمومی داوطلبان ☐** (صرفاً برای شهرستانهای با نرخ باروری کمتر از ۲/۵) (داوطلب: به ازای تأهل یکسال و نیز به ازای داشتن هر فرزند، یکسال به سقف محدوده سنی داوطلب اضافه گردد) تا میزان ۵ سال..... مدت ..... سال (به استناد ماده (۱) و ماده (۱۵) قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰/۰۸/۰۱ مجلس شورای اسلامی)	☐	☐

ادامه عنوان‌های ارزیابی	مجاز	غیرمجاز
۸-مدارک معلولیت: معرفی نامه ازسازمان بهزیستی کشور (یا اداره کل بهزیستی استان) **دارد ☐ ندارد ☐** **شماره و تاریخ معرفی نامه:**	☐	☐
۹- مشمول حافظین قرآن درجه ۱ تا ۳ می باشم. (مشمول بند (ج) بخش چهارم -سایر امتیازات دفترچه آزمون استخدامی) (صرفاً در رشته‌های تحصیلی مربوط به گروه معارف اسلامی لحاظ شود)	☐	☐
۱۰- مشمول قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت (مشمول بند (ج) بخش چهارم -سایر امتیازات دفترچه آزمون استخدامی) : (به استناد ماده (۱) و ماده (۱۵) قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰/۰۸/۰۱ مجلس شورای اسلامی، **حداکثر تا سقف ۱۰ درصد افزایش به امتیاز مکتسبه آزمون کتبی**) درصد افزایش امتیاز : ..... (داوطلب: به ازای تأهل دو(۲)درصد و نیز به ازای داشتن هر فرزند، دو(۲)درصد به امتیاز مکتسبه آزمون کتبی(حداکثر ۱۰ درصد)اضافه گردد)	☐	☐
۱۱-مشمول شرایط مندرج در بند (ج) بخش اول دفترچه راهنما (شرایط داوطلبان بومی شهرستان‌ها) الف- شهرستان محل تولد **مندرج در شناسنامه** داوطلب با شهرستان شغل محل مورد تقاضا یکی می باشد. ☐ نمی باشد.☐ ب- حداقل ده سال سکونت با ارائه استشهاد محلی (بر اساس فرم پیوست بخشنامه) ممهور به مهر نیروی انتظامی (پاسگاه یا کلانتری محل) در شهرستان شغل محل مورد تقاضا دارد. ☐ ندارد.☐	☐	☐
۱۲- اینجانب ..... مستخدم رسمی (آزمایشی، قطعی)، پیمانی، کارمند اخراجی و یا بازخرید هیچ یک از دستگاه‌های اجرایی در زمان تشکیل پرونده استخدام و معرفی به دوره مهارت آموزی نمی‌باشم. ضمناً آخرین مدرک تحصیلی اینجانب در هنگام ثبت نام آزمون ..... (فوق‌دیپلم/لیسانس/فوق‌لیسانس)می‌باشد. کلیه مدارک خود را تحویل نموده و هیچگونه مدرک دیگری مرتبط با آزمون استخدامی ارائه نخواهم داد. **نام و نام خانوادگی داوطلب : ..... امضاء و تاریخ: .....** **تلفن ثابت: ..... تلفن همراه(فقط به نام داوطلب): .....**	☐	☐

وضعیت نهایی داوطلب:

الف: مشمول سهمیه ۲۵٪ ایثارگری: واجد شرایط ☐ فاقد شرایط ☐

ب: مشمول سهمیه ۵٪ ایثارگری: واجد شرایط ☐ فاقد شرایط ☐

ج: مشمول سهمیه معلولین: واجد شرایط ☐ فاقد شرایط ☐

د: سهمیه آزاد: واجد شرایط ☐ فاقد شرایط ☐

- **نیاز به پردازش مجدد توسط سازمان سنجش آموزش کشور:** دارد☐ ندارد ☐ (درصورت نیاز تغییرات در سامانه سنجش ثبت گردد.)

- **مشمول بند (۱۱) بخش هفتم دفترچه راهنما می گردد:** بلی☐ خیر ☐ (داوطلب نسبت به **ارائه مدارک و مستندات غیرواقعی یا فاقد اصالت و اعتبار قانونی** مربوط به امتیازات مندرج در بند (ج) سایر امتیازات در بخش چهارم دفترچه راهنمای آزمون استخدامی که به صورت خوداظهاری در زمان ثبت نام تکمیل گردیده، اقدام نموده است)

با توجه به مراتب فوق، برای آقای/خانم ..... معرفی نامه برای حضور در سنجش و ارزیابی تکمیلی صادر گردید.

نام و نام خانوادگی داوطلب : امضاء:

نام و نام خانوادگی بررسی کننده: امضاء:

نام و نام خانوادگی دبیر کارگروه : امضاء:

نمون‌برگ شماره ۵

جای الصاق عکس
معرفی‌نامه بدون عکس
فاقد اعتبار می‌باشد

معرفی نامه جهت حضور درمرحله بررسی و یژگیهای جسمانی آزمون استخدامی آموزش و پرورش

سرکار خانم/ جناب آقای .....

رئیس محترم درمانگاه فرهنگیان همدان .....

با سلام و احترام؛

به اطلاع می‌رساند مدارک و مستندات مربوط به آزمون استخدامی داوطلب با مشخصات ذیل بررسی و مورد تایید قرار گرفت. لذا بررسی ویژگی‌های جسمانی نامبرده مطابق دستورالعمل‌های مربوط از نظر کارگروه بررسی مدارک و مستندات بلامانع است.

شایان ذکر است که **عدم مراجعه در زمان مقرر** برای بررسی ویژگی‌های جسمانی به منزله **انصراف از استخدام تلقی** می‌گردد.

زمان مراجعه : از روز..... تاریخ ...../...../۱۴۰۲ لغایت روز..... تاریخ ...../...../۱۴۰۲

مکان مراجعه : .....

نام	نام خانوادگی	کد ملی
کد شغل محل	**عنوان شغل**	**محل شغل**

داوطلب دارای سهمیه : آزاد ☐ ۲۵ ٪ ایثارگران ☐ ۵٪ رزمندگان ☐ ۳٪ معلولین ☐ می باشد.

تذکرمهم: هرگونه اعتراض ورسیدگی نسبت به بررسی ویژگی‌های جسمانی وروانی درمراجع قانونی صرفاً در مهلت مقرر برای این مرحله امکان پذیرخواهدبود. بنابراین درصورت عدم تأیید بررسی ویژگی‌های جسمانی وروانی،درمهلت مقرر اقدام نماید.

رئیس کارگروه بررسی مدارک و مستندات اداره کل استان
نام و نام خانوادگی

نمون‌برگ شماره ۶

جای الصاق عکس
معرفی‌نامه بدون عکس
فاقد اعتبار می‌باشد

معرفی نامه جهت حضور در مرحله سنجش وارزیابی تکمیلی آزمون استخدامی آموزش و پرورش

سرکار خانم/ جناب آقای .....
رئیس محترم حوزه ارزیابی تکمیلی.....
با سلام و احترام؛

بدینوسیله به اطلاع می‌رساند مدارک و مستندات مربوط به آزمون استخدامی و بررسی ویژگی‌های جسمانی داوطلب با مشخصات ذیل بررسی و مورد تایید قرار گرفت. لذا انجام سنجش وارزیابی تکمیلی از نامبرده مطابق دستورالعمل‌های مربوط از نظر کارگروه بررسی مدارک و مستندات بلامانع است.

شایان ذکر است که **عدم مراجعه در زمان مقرر** برای بررسی ویژگی‌های جسمانی و انجام سنجش و ارزیابی تکمیلی استخدامی به منزله **انصراف از استخدام تلقی** می‌گردد.

عنوان یا شماره گروه ارزیابی: .....

مکان گروه ارزیابی : .....

زمان مراجعه : روز..... تاریخ ...../...../۱۴۰۲ ساعت.....

نام	نام خانوادگی	کد ملی
کد –شغل – محل معرفی شده	**سهمیه معرفی شده**	**زمان ومکان مراجعه جهت انجام ارزیابی تکمیلی**
کد شغل محل : ..... **عنوان شغل : .....** **محل شغل : .....**		
داوطلب دارای سهمیه : آزاد ☐ ۲۵ ٪ ایثارگران ☐ ۵٪ رزمندگان ☐ ۳٪ معلولین ☐ می باشد.		
تذکر مهم : با توجه به اینکه سنجش و ارزیابی تکمیلی به صورت گروهی ودر زمان ومکان مشخص شده صورت می پذیرد بنابراین عدم مراجعه درحوزه ارزیابی به منزله غیبت تلقی شده و ازفرایند استخدام حذف خواهیدشد.		

رئیس کارگروه بررسی مدارک و مستندات اداره کل استان
نام و نام خانوادگی
تاریخ / امضاء

نمون‌برگ شماره ۷

الف–خود اظهاری و سوابق بیماری (توسط داوطلب)

(این نمونه برگ توسط داوطلب و در حضور پزشک معاین تکمیل و امضا و تحویل پزشک معاین میگردد تا در پرونده پزشکی داوطلب نگهداری شود)

الف–۱) مشخصات عمومی داوطلب: لازم به ذکراست محتویات این پرسشنامه ومعاینات کاملاً محرمانه می باشد

بند۱.نام و نام خانوادگی:	بند۲.متولد..../...../.....۱۳	کدملی:
بند۳.جنسیت: ۱. مذکر ☐ ۲. مونث☐	بند۴.وضعیت تاهل: ۱. مجرد□ ۲. متاهل□۳ . سایر□	
بند۵.نام پردیس/ مرکز/سازمان :	بند۶.نام آخرین دانشگاهی که تحصیل کرده اید :	
بند۷. رشته شغلی پذیرفته شده :		
بند۸ .آدرس پست الکترونیک: (ایمیل)		
بند ۹. شماره تلفن ثابت وهمراه:		
بند۱۰.خدمت سربازی ۱.رفته ام □ ۲. نرفته ام □ ۳. دارای معافیت هستم □ علت معافیت ذکر شود		

الف–۳) سابقه پزشکی فرد(توسط داوطلب تکمیل گردد)

بند ۱۴. کدامیک از مشکلات زیر را تاکنون داشته اید؟

۱. اختلالات قلبی و عروقی ☐ ۲. احساس خستگی مزمن ☐ ۳. دردهای اسکلتی_ عضلانی ☐ ۴. ناراحتی‌های گوارشی ☐

۵. فشار خون بالا ☐ ۶. سر درد دوره ای ☐ ۷ .د یابت(بیماری قند) ☐ ۸. اختلال کارکرد تیروئید ☐

۹. کم خونی تأیید شده ☐ ۱۰. بالا بودن چربی خون ☐ ۱۱.تشنج و صرع ☐ ۱۲. آسم و سایر بیماری‌های مزمن تنفسی ☐

۱۳. کاهش شنوایی ☐ ۱۴.بیماری‌های صعب العلاج (سرطان، ام اس، اچ ای وی و...) ☐ ذکر شود.....

۱۵.مشکلات دستگاه ادراری(عفونت، سنگ و...) ☐ ۱۶. سابقه عمل جراحی یا بستری شدن در بیمارستان ☐ علت....

۱۷.مشکلات مادرزادی ☐ ذکر شود.... ۱۸.معلولیت ☐ نوع و علت.....

۱۹–سابقه بیماریهای عفونی (سل،هپاتیت C,B،ایدز،تب مالت و...) ☐ درصورت ابتلاء هرکدام ذکر کنید.....

۲۰ . سابقه هیچکدام از بیماری‌های فوق را ندارم ☐ ۲۱. آیا در دیدن رنگ‌ها مشکل دارید؟ بله ☐ خیر ☐

بند ۱۵. هنگام انجام فعالیت‌های بدنی دچار کدامیک ازمشکلات زیر می شوید؟

۱. درد قفسه سینه ☐ ۲. سرگیجه ☐ ۳.سرفه ☐ ۴. تنگی نفس ☐ ۵. هیچکدام ☐

بند ۱۶. آیا در حال حاضر تحت درمان با داروی خاصی هستید؟

۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ نام داروها ذکر شود....

بند ۱۷.آیا سابقه حساسیت به دارو یا غذای خاصی دارید؟

۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ نام داروها، علت و مدت استفاده ذکر شود....

بند ۱۸. آیا بدون تجویز پزشک دارویی مصرف می کنید؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐

اگر جوابتان مثبت است چه دارویی مصرف می کنید؟

۱. آنتی بیوتیک ☐ ۲. مسکن‌های ساده ☐ ۳.دیابت(بیماری قند) ☐ ۴. داروهای آرامبخش ☐ ۵.داروهای نیرو زا ☐ . ۶. سایر موارد ☐ ذکر شود.....

بند۱۹–آیاتاکنون سابقه ای از مصرف مواد مخدر و.... داشته اید؟ خیر ☐ بلی ☐

چه سالی .....و چه مدت .....؟ذکر کنید .....

بند ۲۰- آیا تا کنون سابقه ای از مصرف سیگار، قلیان و یا پیپ داشته اید؟۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐

چه سالی..... و چه مدت..... آیا ادامه دارد؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐

این سوال مخصوص خانم‌ها می باشد

بند ۲۱-سابقه کدام مورد را داشته اید؟ اختلالات هورمونی ☐ بلوغ زودرس ☐ بلوغ دیررس ☐ سابقه یا جراحی بیماریهای رحمی ☐ ناباروری ☐ کیست‌های تخمدانی ☐ توده یا ترشحات پستانی ☐ سایر مواردذکر کنید.....

بند ۲۲-Rh وگروه خونی شماچیست؟.....

الف-۴) سابقه پزشکی خانواده (توسط داوطلب تکمیل گردد)

بند۲۳- کدامیک از موارد زیر در خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) شما وجود دارد؟

۱. فشار خون بالا ☐ ۲. سابقه سکته قلبی زیر پنجاه سال ☐ ۳. دیابت(بیماری قند) ☐ ۴. سرطان ☐ ۵. مصرف دخانیات(سیگار، پیپ، قلیان) ☐ ۶. بالابودن چربی‌های خون ☐ ۷. چاقی ☐ ۸.بیمارهای اعصاب و روان ☐ ۹. بیماری‌های کلیوی ☐ ۱۰.بیماری‌های روده ای (کولیت اولسرو، کرون) ☐

الف -۵)وضعیت ایمنی سازی (توسط داوطلب تکمیل گردد)

بند۲۴. آیا واکسیناسیون شما کامل انجام شده است؟

۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ ۳. نمی دانم ☐

بند۲۵.آیا واکسن هپاتیت ب را دریافت کرده اید؟

۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ ۳. نمی دانم ☐

بند۲۶. آیا در دوره دبیرستان واکسن توام(دیفتری، کزاز) دریافت کرده اید؟

۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ ۳. نمی دانم ☐

الف-۶) این قسمت توسط داوطلب به دقت مطالعه و تکمیل میگردد:

اینجانب.....شماره شناسنامه ..... نام پدر .....شماره داوطلبی .....در آزمون استخدام پیمانی سال ۱۴۰۱رشته‌های مورد نیاز آموزش وپرورش، موارد قید شده را صادقانه و با دقت تکمیل کرده و صحت کلیه مندرجات آن را به عهده می گیرم و به این موضوع آگاهی کامل دارم که درج هرگونه موارد نادرست و یا کتمان حقیقت در هر مرحله ایی از تحصیل و استخدام مانع پذیرفته شدن اینجانب خواهد شد .

نام ونام خانوادگی :

تاریخ:

اثر انگشت و امضاء داوطلب :

نمون‌برگ شماره ۸

ب)– معاینات جسمی :(توسط پزشک)

ب–۱) قد، وزن، فشار خون، BMI

بند-۴۲.قد(به سانتیمتر) ..... بند-۴۳. وزن به کیلوگرم.....BMI .....
بند -۴۴.فشار خون ۱- سیستول:.....۲- دیا سیستول:..... فشار خون بالا(۱۴۰/۹۰ و بالاتر) ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐

ب–۲)– اندازه گیری قدرت بینایی :

بند-۴۵. وضعیت بینایی چشم راست: (بدون عینک) ۱- ۱۰/ ☐ ۱۰ ۲- ۹/۱۰ ☐ ۳- ۸/۱۰ و کمتر ☐
بند-۴۶. وضعیت بینایی چشم چپ: (بدون عینک) ۱- ۱۰/ ☐ ۱۰ ۲- ۹/۱۰ ☐ ۳- ۸/۱۰ و کمتر ☐
بند-۴۷. با توجه به وضعیت بینایی مراجعه دانشجو به چشم پزشک توصیه می شود؟ ۱- خیر ☐ ۲- بلی ☐
بند-۴۸. آیا هر دو چشم سالم است ؟ اگر نه نام بیماری.....
بند-۴۹- اگر از عینک استفاده می کنید ؟شماره چشم چپ ..... راست ..... آستیگماتیسم :راست ..... چپ .....

ب–۳)– معاینه لثه و دندان‌ها:

بند۵۰- وضعیت بهداشت دندان‌هاکدام گزینه است؟ ۱. بد ☐ ۲. متوسط ☐ ۳.خوب ☐
بند۵۱- وضعیت بهداشت لثه‌هاکدام گزینه است؟ ۱. بیماری لثه(پیوره) ☐ ۲. التهاب لثه ☐ ۳.طبیعی ☐
بند۵۲- تعداد دندان‌های پوسیده؟ صفر ☐ .....عدد
بند۵۳- تعداد دندان‌های پر شده به علت پوسیدگی؟ صفر ☐ .....عدد
بند۵۴- تعداد دندان‌های کشیده شده به علت پوسیدگی؟ صفر ☐ .....عدد
بند۵۵-با توجه به معاینات وضعیت دهان و دندان مراجعه دانشجو به دندانپزشک توصیه می شود؟۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐

شماره ملی: **نام و نام خانودگی :**

(ب–۴(معاینات بدنی و بررسی‌های بالینی :

همکار گرامی لطفاً پیش از معاینه، مروری بر شرح حال باربارا بیتز و لیست بیماری‌های ممنوع الاستخدام داشته باشید(

۱.پوست و مو: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ،ذکر شود.....
۲.سر، صورت وگردن: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ،ذکر شود.....
۳ .چشم و پلکها: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ،ذکر شود.....
۴.دهان،گوش، حلق و بینی :طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ،ذکر شود.....
۵.بیماریهای عفونی :طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ،ذکر شود.....
۶.خون و غدد لنفاوی: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ،ذکر شود.....
۷.قفسه سینه :طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ،ذکر شود.....
۸.قلب و عروق طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ،ذکر شود.....
۹.ریه وتنفس : طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ،ذکر شود.....
۱۰. شکم و گوارش : طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ،ذکر شود.....
۱۱. کلیه‌ها و مجاری ادراری : طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ،ذکر شود.....
۱۲.مغز و اعصاب : طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ،ذکر شود.....
۱۳.اعصاب و روان : طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ،ذکر شود.....
۱۴.اندام فوقانی و تحتانی : طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ،ذکر شود.....
۱۵.بیماری‌های روماتولوژی، استخوان، مفاصل و عضلات : طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ،ذکر شود.....
۱۶.غدد و هورمون‌ها : طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ،ذکر شود.....
۱۷.معاینات زنان : طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ،ذکر شود.....

نمون‌برگ شماره ۹

عکس دانشجو
ممهور به مهر پزشک
معاین

نمون‌برگ ارجاع به پزشک متخصص

همکار محترم پزشک متخصص / فوق تخصص جناب آقای / سرکار خانم دکتر.....
بدین وسیله صاحب عکس ممهور آقـای / خـانم .....فرزنـد.....بـه
شماره ملی.....جهت بررسی و معاینه و اظهار نظر در خصوص موضوع ذیل معرفی می گـردد، لطفـاً
نتایج بررسی و اظهار نظر به صورت محرمانه گزارش گردد:

.....

.....

.....

تاریخ، امضاء و مهر پزشک معتمد آموزش وپرورش :

همکار محترم جناب آقای /سرکار خانم دکتر.....
بدینوسیله آقای / خانم .....صاحب عکس ممهور فوق الذکر مورد بررسی و معاینـه کامـل قـرار گرفـت و
نتایج به شرح ذیل اعلام می گردد:

.....

.....

.....

....

تاریخ، امضا و مهر پزشک متخصص :

**مسولیت و پاسخگویی به مراجع قانونی در خصوص مفاد اعلام نظر،
با پزشک تأیید کننده این فرم می باشد.

نمون‌برگ شماره ۱۰

معرفی داوطلب معلول به شورای پزشکی

شورای پزشکی درمانگاه فرهنگیان استان.همدان

باسلام واحترام؛در راستای بند « ز» آیین نامه اجرائی ماده ۴۲ قانون مدیریت خدمات کشوری، بدین وسیله آقای/خانم ..... فرزند..... باکد ملی ..... (صاحب عکس ممهور) که به استناد نامه شماره ..... مورخ..... سازمان / اداره بهزیستی ..... در ردیف داوطلبان استفاده از سهمیه ۳ ٪ معلولین، موضوع بند« الف» ماده ۷ قانون جامع حمایت از معلولین قرار گرفته، معرفی می گردد.

خواهشمند است مطابق ضوابط ومقررات مربوط، درخصوص تصدی نامبرده برای رشته شغلی ..... بررسی واظهار نظر نمایید .

نام و نام خانوادگی
پزشک معتمدآموزش و پرورش
امضاء و مُهر

نام و نام خانوادگی
معاون پژوهش، برنامه ریزی و توسعه منابع
امضاء و مُهر

بدینوسیله ویژگی‌های جسمانی آقا/خانم ..... مورد بررسی این شورا قرارگرفت و اعلام می دارد نامبرده دارای معلولیت ها و محدودیت های ..... جهت تصدی رشته شغلی .....می باشد و بدین وسیله جهت بررسی و اعلام نظر معرفی می گردد. نام ونام خانوادگی (سمت فرد امضا کننده اضافه شود) امضاء ومهر

با توجه به گزارش شورای پزشکی وتطبیق ویژگیهای جسمانی داوطلب با توجه به به شرایط احراز شغل بدینوسیله اعلام می دارد : اقا/خانم ..... جهت احراز کد شغل محل .....

الف) تأیید می گردد ب): به دلیل .....تأیید نمی گردد

۱- نماینده سازمان بهزیستی استان نام ونام خانوادگی امضاء ومهر

۲- نماینده مدیریت آموزش وپرورش استثنایی نام ونام خانوادگی امضاء ومهر

۳- نماینده معاونت پژوهش،برنامه ریزی و توسعه منابع نام ونام خانوادگی امضاء ومهر

نمون‌برگ شماره ۱۱

اظهار نظر پزشک در پایان مرحله اول معاینات

به کارگروه بررسی اسناد ومدارک و معاینات پزشکی استان همدان

عکس داوطلب

آقا /خانم ..... رشته .....

کد ملی .....

۱.از نظر جسمی و روانی توانایی کار معلمی را دارد. ☐

۲.ازنظر جسمی وروانی توانایی کار معلمی را به دلایل ذیل :

.....

..... **ندارد** ☐

تاریخ،امضاء و مهر
پزشک متعهد آموزش وپرورش

****مسئولیت و پاسخگویی به مراجع قانونی در خصوص عدم رعایت ضوابط و مفاد لیست بیماری‌هایی که ممنوعیت استخدام در آموزش و پرورش را دارند، درتعهد پزشک تأیید کننده این فرم می باشد.**

تذکر(۱) : صدور نمونه برگ شماره ۹– د (نمونه برگ ارجاع به پزشک متخصص) در این مرحله برای همه داوطلبان ضرورت ندارد و صرفا برای افرادی ارائه شود که نظر پزشک متخصص برای اظهار نظر نهایی ضرورت داشته باشد .

تذکر(۲) : صدور حکم استخدام پیمانی مشروط به سالم بودن درآزمایشات استخدامی می باشد.