به نام خدا

شماره :

تاریخ :

فرم شماره ۶ : « گواهی انجام کار مشمولین اطلاعیه سری سوم اصلاحات دفترچه راهنمای ثبت نام آزمون استخدامی ویژه رشته شغلی آموزگارابتدائی و آموزگار استثنائی سال ۱۴۰۱

برای احراز فعالیت بعنوان مربی مهد کودک

مدیر محترم آموزشگاه .....

با سلام و احترام ، اینجانب نام: .....نـام خـانوادگی: ..... فرزنـد ..... شـماره شناسـنامه:.....

..... کد ملی: ..... آخرین مدرک تحصیلی: ..... رشته تحصیلی: ..... دارای سـابقه اشـتغال در قالب : مربی مهد کودک در آموزشگاه غیر دولتی ..... فعالیت داشته ام خواهشمند است سوابق اشتغال اینجانب را برای تشکیل پرونده ارزیابی تکمیلی آزمون استخدامی سال ۱۴۰۱ گواهی و تایید نمایند . در ضمن آگاهی کافی و کامـل دارم چنانچـه در حـین بررسی مستندات ،بعد از اتمام مراحل ارزیابی تکمیلی و یا بعد از صدور حکم استخدام پیمانی محرز گردد سوابق اشتغال اینجانب به صورت موارد فوق الذکر محرز نگردد ویا اسناد و مدارک تحویلی خلاف واقع و یا جعلی هستند به تشخیص آن اداره کل ، استخدام اینجانـب در هـر مرحلـه از ارزیابی تکمیلی وآموزش دوره مهارت و بعد از صدور حکم استخدام پیمانی پذیرش و قبولی اینجانب لغو و از ادامه اشـتغال اینجانـب خـودداری خواهد شد که در این صورت تمامی حقوق مربوط به هرگونه جذب و به کارگیری را از خود سلب می نمایم .

نام و نام خانوادگی :

شماره تلفن ضروری و شماره تلفن همراه

امضاء و اثر انگشت داوطلب

به : اداره کل آموزش و پرورش استان آذربایجان غربی

با سلام و احترام ؛

گواهی می نماید نامبرده به مشخصات فوق الاشاره درقالب مربی مهد کودک ، دارای سوابق فعالیت با آموزشـگاه غیـر دولتـی دارای مجـوز از آموزش و پرورش / سازمان بهزیستی کشور به شرح جدول ذیل براساس مستندات پیوستی می باشد .

۱– تصویربرابراصل ابلاغ داخلی مدرسه غیر دولتی ۲– تصویربرابراصل قرارداد موسس با مربی مهد کودک ۳– تصویربرابراصل تاییدیه گزینش به زمـان فعالیت ۴– ریز بیمه پرداختی ۵– مستندات پرداخت حق الزحمه ۶– تصویرمجوز تاسیس مهد کودک

از تاریخ	تا تاریخ	سمت	ساعت تدریس در هفته	کد آموزشگاه	نام آموزشگاه	مدت بیمه پرداختی روز / ماه	نام مدیر آموزشگاه
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	

برابر بررسی بعمل آمده ، سابقه فعالیت وی به مدت ۲ سال با هفته ای ۱۰ ساعت در آموزشگاه غیر دولتی فوق الذکر مورد تایید می باشد .

مدیر آموزشگاه غیر دولتی

نام و نام خانوادگی

امضاء و مهر

موسس مهد کودک

نام و نام خانوادگی

امضاء و مهر

***تذکر :هرگونه قلم خوردگی و خدشه در این گواهی موجب ابطال می باشدو بدون شماره و تاریخ دبیرخانه و مهرتائید معتبر نمی باشدو هر گونه مسئولیت و عواقب تائید فرم فوق الاشاره بر عهده امضاء کنندگان آن می باشد.**

به نام خدا

شماره :

تاریخ :

فرم شماره ۷ : « گواهی انجام کار مشمولین اطلاعیه سری سوم اصلاحات دفترچه راهنمای ثبت نام آزمون استخدامی ویژه رشته شغلی آموزگارابتدائی و آموزگار استثنائی سال ۱۴۰۱

برای احراز فعالیت در نهضت سواد آموزی

مدیر محترم موسسه .....

با سلام و احترام ، اینجانب نام: .....نـام خـانوادگی: ..... فرزنـد ..... شـماره شناسـنامه:.....

..... کد ملی: ..... آخرین مدرک تحصیلی: ..... رشته تحصیلی: ..... دارای سـابقه اشـتغال در قالب : آموزشیار تمام وقت نهضت سواد آموزی در شهرستان ..... فعالیت داشـته ام خواهشـمند اسـت سـوابق اشـتغال اینجانب را برای تشکیل پرونده ارزیابی تکمیلی آزمون استخدامی سال ۱۴۰۱ گواهی و تایید نمایند . در ضمن آگاهی کافی و کامل دارم چنانچه در حین بررسی مستندات ،بعد از اتمام مراحل ارزیابی تکمیلی و یا بعد از صدور حکم استخدام پیمانی محرز گردد سوابق اشتغال اینجانب به صورت موارد فوق الذکر محرز نگردد ویا اسناد و مدارک تحویلی خلاف واقع و یا جعلی هستند به تشخیص آن اداره کل ، استخدام اینجانب در هر مرحله از ارزیابی تکمیلی وآموزش دوره مهارت و بعد از صدور حکم استخدام پیمانی پذیرش و قبولی اینجانب لغو و از ادامه اشتغال اینجانب خـودداری خواهد شد که در این صورت تمامی حقوق مربوط به هرگونه جذب و به کارگیری را از خود سلب می نمایم .

نام و نام خانوادگی :

شماره تلفن ضروری و شماره تلفن همراه

امضاء و اثر انگشت داوطلب

به : اداره کل آموزش و پرورش استان آذربایجان غربی

با سلام و احترام ؛

گواهی می نماید نامبرده به مشخصات فوق الاشاره درقالب آموزشیار تمام وقت نهضت سواد آموزی ، دارای سوابق فعالیت درقالـب موسسـه طرف قرار داد با شهرستان به شرح جدول ذیل براساس مستندات پیوستی می باشد .

۱– فرم ثبت نام تائید شده شهرستان (۰۱۳) ۲– تصویربرابراصل قرارداد موسس با آموزش دهنده ۳– ریز بیمه پرداختی موسسه ۴– مستندات پرداخت حق الزحمه

از تاریخ	تا تاریخ	دوره (سواد آموزی – انتقال – تلفیقی)	ساعت تدریس در هفته	شماره آموزش (شماره کلاس)	نام موسسه	مدت بیمه پرداختی روز / ماه	منطقه / ناحیه
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	

برابر بررسی بعمل آمده ، سابقه فعالیت وی به مدت ۲ سال با هفته ای ۱۰ ساعت درموسسه فو ق الذکر مورد تایید می باشد .

مدیر موسسه

نام و نام خانوادگی

امضاء و مهر

مسئول سواد آموزی شهرستان

نام و نام خانوادگی

امضاء و مهر

***تذکر :هرگونه قلم خوردگی و خدشه در این گواهی موجب ابطال می باشدو بدون شماره و تاریخ دبیرخانه و مهرتائید معتبر نمی باشدو هر گونه مسئولیت و عواقب تائید فرم فوق الاشاره بر عهده امضاء کنندگان آن می باشد.**

به نام خدا

شماره :

تاریخ :

فرم شماره ۸ : « گواهی انجام کار مشمولین اطلاعیه سری سوم اصلاحات دفترچه راهنمای ثبت نام آزمون استخدامی ویژه رشته شغلی آموزگارابتدائی و آموزگار استثنائی سال ۱۴۰۱

برای احراز فعالیت درمراکز و مدارس غیر دولتی

مدیر محترم آموزشگاه .....

با سلام و احترام ، اینجانب نام: .....نـام خـانوادگی: ..... فرزنـد ..... شـماره شناسـنامه:.....

..... کد ملی: ..... آخرین مدرک تحصیلی: ..... رشته تحصیلی: ..... دارای سـابقه اشـتغال در قالب : نیروی آموزشی / اداری در آموزشگاه غیر دولتی ..... فعالیت داشته ام خواهشمند است سـوابق اشـتغال اینجانب را برای تشکیل پرونده ارزیابی تکمیلی آزمون استخدامی سال ۱۴۰۱ گواهی و تایید نمایند . در ضمن آگاهی کافی و کامل دارم چنانچه در حین بررسی مستندات ،بعد از اتمام مراحل ارزیابی تکمیلی و یا بعد از صدور حکم استخدام پیمانی محرز گردد سوابق اشتغال اینجانب به صورت موارد فوق الذکر محرز نگردد ویا اسناد و مدارک تحویلی خلاف واقع و یا جعلی هستند به تشخیص آن اداره کل ، استخدام اینجانب در هر مرحله از ارزیابی تکمیلی وآموزش دوره مهارت و بعد از صدور حکم استخدام پیمانی پذیرش و قبولی اینجانب لغو و از ادامه اشتغال اینجانب خـودداری خواهد شد که در این صورت تمامی حقوق مربوط به هرگونه جذب و به کارگیری را از خود سلب می نمایم .

نام و نام خانوادگی :

شماره تلفن ضروری و شماره تلفن همراه

امضاء و اثر انگشت داوطلب

به : اداره کل آموزش و پرورش استان آذربایجان غربی

با سلام و احترام ؛

گواهی می نماید نامبرده به مشخصات فوق الاشاره درقالب نیروی آموزشی / اداری ، دارای سوابق فعالیت با آموزشگاه غیر دولتی دارای مجوز از آموزش و پرورش به شرح جدول ذیل براساس مستندات پیوستی می باشد .

۱– تصویربرابراصل ابلاغ داخلی مدرسه ۲– تصویربرابراصل قرارداد موسس با نیروی آموزشی / اداری ۳– تصویربرابراصل تاییدیه گـزینش بـه زمـان فعالیت ۴– ریز بیمه

از تاریخ	تا تاریخ	سمت	ساعت تدریس در هفته	کد آموزشگاه	نام آموزشگاه	مدت بیمه پرداختی روز / ماه	نام مدیر آموزشگاه
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	

برابر بررسی بعمل آمده ، سابقه فعالیت وی به مدت ۲ سال با هفته ای ۱۰ ساعت در آموزشگاه غیر دولتی فوق الذکر مورد تایید می باشد .

موسس /مدیر آموزشگاه غیردولتی

نام و نام خانوادگی

امضاء و مهر

***تذکر :هرگونه قلم خوردگی و خدشه در این گواهی موجب ابطال می باشدو بدون شماره و تاریخ دبیرخانه و مهرتائید معتبر نمی باشدو هر گونه مسئولیت و عواقب تائید فرم فوق الاشاره بر عهده امضاء کنندگان آن می باشد.**

به نام خدا

شماره :

تاریخ :

فرم شماره ۹ : « گواهی انجام کار مشمولین اطلاعیه سری سوم اصلاحات دفترچه راهنمای ثبت نام آزمون استخدامی ویژه رشته شغلی آموزگارابتدائی و آموزگار استثنائی سال ۱۴۰۱

برای احراز فعالیت در دارالقرآن

مدیر محترم آموزشگاه .....

با سلام و احترام ، اینجانب نام: .....نـام خـانوادگی: ..... فرزنـد ..... شـماره شناسـنامه:.....

..... کد ملی: ..... آخرین مدرک تحصیلی: ..... رشته تحصیلی: ..... دارای سـابقه اشـتغال در قالب : مربی قرآنی در دارالقرآن ..... فعالیت داشته ام خواهشمند است سوابق اشتغال اینجانب را برای تشکیل پرونده ارزیابی تکمیلی آزمون استخدامی سال ۱۴۰۱ گواهی و تایید نمایند . در ضمن آگاهی کافی و کامل دارم چنانچه در حین بررسی مسـتندات ،بعد از اتمام مراحل ارزیابی تکمیلی و یا بعد از صدور حکم استخدام پیمانی محرز گردد سوابق اشتغال اینجانب به صورت موارد فوق الذکر محـرز نگردد ویا اسناد و مدارک تحویلی خلاف واقع و یا جعلی هستند به تشخیص آن اداره کل ، استخدام اینجانب در هر مرحلـه از ارزیـابی تکمیلـی وآموزش دوره مهارت و بعد از صدور حکم استخدام پیمانی پذیرش و قبولی اینجانب لغو و از ادامه اشتغال اینجانب خودداری خواهد شـد کـه در این صورت تمامی حقوق مربوط به هرگونه جذب و به کارگیری را از خود سلب می نمایم .

نام و نام خانوادگی :

شماره تلفن ضروری و شماره تلفن همراه

امضاء و اثر انگشت داوطلب

به : اداره کل آموزش و پرورش استان آذربایجان غربی

با سلام و احترام ؛

گواهی می نماید نامبرده به مشخصات فوق الاشاره درقالب مربی قرآنی ، دارای سوابق فعالیت با دارالقرآن دارای مجوزازسازمان تبلیغات اسـلامی به شرح جدول ذیل براساس مستندات پیوستی می باشد .

۱– تصویربرابراصل برابراصل ابلاغ داخلی دارالقرآن ۲– تصویربرابراصل قرارداد دارالقرآن با مربی ۳– تصویربرابراصل تاییدیه گزینش به زمان فعالیت ۴– ریز بیمه ۵– مستندات پرداخت حق الزحمه

از تاریخ	تا تاریخ	سمت	ساعت تدریس در هفته	کد آموزشگاه	نام آموزشگاه	مدت بیمه پرداختی روز / ماه	نام مدیر آموزشگاه
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	

برابر بررسی بعمل آمده ، سابقه فعالیت وی به مدت ۲ سال با هفته ای ۱۰ ساعت در دارالقرآن فوق الذکر مورد تایید می باشد .

مدیر دارالقرآن
نام و نام خانوادگی
امضاء و مهر

کارشناس دارالقرآن سازمان صادر کننده مجوز
نام و نام خانوادگی
امضاء و مهر

رئیس سازمان تبلیغات اسلامی / ارشاد اسلامی
نام و نام خانوادگی
امضاء و مهر

***تذکر :هرگونه قلم خوردگی و خدشه در این گواهی موجب ابطال می باشدو بدون شماره و تاریخ دبیرخانه و مهرتائید معتبر نمی باشدو هر گونه مسئولیت و عواقب تائید فرم فوق الاشاره بر عهده امضاء کنندگان آن می باشد.**

به نام خدا

شماره :

تاریخ :

فرم شماره ۱۰ : « گواهی انجام کار مشمولین اطلاعیه سری سوم اصلاحات دفترچه راهنمای ثبت نام آزمون استخدامی ویژه رشته شغلی آموزگارابتدائی و آموزگار استثنائی سال ۱۴۰۱

برای احراز فعالیت در موسسات آموزشی و فرهنگی و تربیتی

مدیر محترم آموزشگاه .....

با سلام و احترام ، اینجانب نام: .....نـام خـانوادگی: ..... فرزنـد ..... شـماره شناسـنامه:.....

..... کد ملی: ..... آخرین مدرک تحصیلی: ..... رشته تحصیلی: ..... دارای سـابقه اشـتغال در قالب : مربی در موسسه آموزشی / فرهنگی / تربیتی ..... فعالیت داشـته ام خواهشـمند اسـت سـوابق اشتغال اینجانب را برای تشکیل پرونده ارزیابی تکمیلی آزمون استخدامی سال ۱۴۰۱ گواهی و تایید نمایند . در ضمن آگـاهی کـافی و کامـل دارم چنانچه در حین بررسی مستندات ،بعد از اتمام مراحل ارزیابی تکمیلی و یا بعد از صدور حکم اسـتخدام پیمـانی محـرز گـردد سـوابق اشـتغال اینجانب به صورت موارد فوق الذکر محرز نگردد ویا اسناد و مدارک تحویلی خلاف واقع و یا جعلی هستند به تشـخیص آن اداره کـل ، اسـتخدام اینجانب در هر مرحله از ارزیابی تکمیلی وآموزش دوره مهارت و بعد از صدور حکم استخدام پیمانی پذیرش و قبـولی اینجانـب لغـو و از ادامـه اشتغال اینجانب خودداری خواهد شد که در این صورت تمامی حقوق مربوط به هرگونه جذب و به کارگیری را از خود سلب می نمایم .

نام و نام خانوادگی :

شماره تلفن ضروری و شماره تلفن همراه

امضاء و اثر انگشت داوطلب

به : اداره کل آموزش و پرورش استان آذربایجان غربی

با سلام و احترام ؛

گواهی می نماید نامبرده به مشخصات فوق الاشاره درقالب مربی موسسه آموزشی / فرهنگی /تربیتی ، دارای سوابق فعالیت با موسسه آموزشی / فرهنگی / تربیتی دارای مجوزاز مراجع قانونی زیربط به شرح جدول ذیل براساس مستندات پیوستی می باشد .

۱– تصویربرابراصل ابلاغ داخلی موسسه ۲– تصویربرابراصل قرارداد موسسه با مربی ۳– تصویربرابراصل تاییدیه گزینش به زمان فعالیـت ۴– ریـز بیمـه ۵– مسـتندات پرداخت حق الزحمه

از تاریخ	تا تاریخ	سمت	ساعت تدریس در هفته	کد آموزشگاه	نام آموزشگاه	مدت بیمه پرداختی روز / ماه	نام مدیر آموزشگاه
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	

برابر بررسی بعمل آمده ، سابقه فعالیت وی به مدت ۲ سال با هفته ای ۱۰ ساعت در موسسه آموزشی و فرهنگی و تربیتی فوق الذکر مورد تایید می باشد .

مدیر موسسه آموزشی و فرهنگی و تربیتی
نام و نام خانوادگی
امضاء و مهر

کارشناس مربوطه سازمان صارکننده مجوز
نام و نام خانوادگی
امضاء و مهر

رئیس سازمان صادر کننده مجوز
نام و نام خانوادگی
امضاء و مهر

***تذکر :هرگونه قلم خوردگی و خدشه در این گواهی موجب ابطال می باشدو بدون شماره و تاریخ دبیرخانه و مهرتائید معتبر نمی باشدو هر گونه مسئولیت و عواقب تائید فرم فوق الاشاره بر عهده امضاء کنندگان آن می باشد.**

به نام خدا

شماره :

تاریخ :

فرم شماره ۱۱ : « گواهی انجام کار مشمولین اطلاعیه سری سوم اصلاحات دفترچه راهنمای ثبت نام آزمون استخدامی ویژه رشته شغلی آموزگارابتدائی و آموزگار استثنائی سال ۱۴۰۱

برای احراز فعالیت بعنوان نیروی حق التدریس

مدیر محترم آموزشگاه .....

با سلام و احترام ، اینجانب نام: .....نـام خـانوادگی: ..... فرزنـد ..... شـماره شناسـنامه:.....

..... کد ملی: ..... آخرین مدرک تحصیلی: ..... رشته تحصیلی: ..... با کد پرسنلی .....

دارای سابقه اشتغال در قالب : نیرو ی حق التدریس در مدرسه دولتی ..... فعالیت داشـته ام خواهشـمند اسـت سـوابق اشتغال اینجانب را برای تشکیل پرونده ارزیابی تکمیلی آزمون استخدامی سال ۱۴۰۱ گواهی و تایید نمایند . در ضمن آگـاهی کـافی و کامـل دارم چنانچه در حین بررسی مستندات ،بعد از اتمام مراحل ارزیابی تکمیلی و یا بعد از صدور حکم اسـتخدام پیمـانی محـرز گـردد سـوابق اشـتغال اینجانب به صورت موارد فوق الذکر محرز نگردد ویا اسناد و مدارک تحویلی خلاف واقع و یا جعلی هستند به تشـخیص آن اداره کـل ، اسـتخدام اینجانب در هر مرحله از ارزیابی تکمیلی وآموزش دوره مهارت و بعد از صدور حکم استخدام پیمانی پذیرش و قبـولی اینجانـب لغـو و از ادامـه اشتغال اینجانب خودداری خواهد شد که در این صورت تمامی حقوق مربوط به هرگونه جذب و به کارگیری را از خود سلب می نمایم .

نام و نام خانوادگی :

شماره تلفن ضروری و شماره تلفن همراه

امضاء و اثر انگشت داوطلب

به :اداره کل آموزش و پرورش استان آذربایجان غربی

با سلام و احترام ؛

گواهی می نماید نامبرده به مشخصات فوق الاشاره درقالب نیروی حق التدریس ، دارای سوابق فعالیت با مدرسه فوق الاشاره به شرح جدول ذیل براساس مستندات پیوستی می باشد .

۱– تصویربرابراصل ابلاغ رایانه ای ۲– تصویربرابراصل تاییدیه گزینش به زمان فعالیت ۳– ریز پرداخت حق التدریسی

از تاریخ	تا تاریخ	سمت	ساعت تدریس در هفته	کد آموزشگاه	نام آموزشگاه	مدت بیمه پرداختی روز / ماه	نام مدیر آموزشگاه
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	

برابر بررسی بعمل آمده ، سابقه فعالیت وی به مدت ۲ سال با هفته ای ۱۰ ساعت در آموزشگاه فوق الذکر مورد تایید می باشد .

مدیر مدرسه
نام و نام خانوادگی
امضاء و مهر

کارشناس آموزش مربوطه
نام و نام خانوادگی
امضاء و مهر

مدیر / رئیس اداره آموزش و پرورش منطقه / ناحیه .....
نام و نام خانوادگی
امضاء و مهر

***تذکر :هرگونه قلم خوردگی و خدشه در این گواهی موجب ابطال می باشدو بدون شماره و تاریخ دبیرخانه و مهرتائید معتبر نمی باشدو هر گونه مسئولیت و عواقب تائید فرم فوق الاشاره بر عهده امضاء کنندگان آن می باشد.**

به نام خدا

شماره :

تاریخ :

فرم شماره ۱۲ : « گواهی انجام کار مشمولین اطلاعیه سری سوم اصلاحات دفترچه راهنمای ثبت نام آزمون استخدامی ویژه رشته شغلی آموزگارابتدائی و آموزگار استثنائی سال ۱۴۰۱

برای احراز فعالیت بعنوان نیروی خرید خدمات آموزشی

مدیر محترم آموزشگاه .....

با سلام و احترام ، اینجانب نام: .....نـام خـانوادگی: ..... فرزنـد ..... شـماره شناسـنامه:.....

..... کد ملی: ..... آخرین مدرک تحصیلی: ..... رشته تحصیلی: ..... دارای سـابقه اشـتغال در قالب : نیرو ی خرید خدمات آموزشی در مدرسه دولتی ..... فعالیت داشته ام خواهشـمند اسـت سـوابق اشـتغال اینجانب را برای تشکیل پرونده ارزیابی تکمیلی آزمون استخدامی سال ۱۴۰۱ گواهی و تایید نمایند . در ضمن آگاهی کافی و کامل دارم چنانچه در حین بررسی مستندات ،بعد از اتمام مراحل ارزیابی تکمیلی و یا بعد از صدور حکم استخدام پیمانی محرز گردد سوابق اشتغال اینجانب به صورت موارد فوق الذکر محرز نگردد ویا اسناد و مدارک تحویلی خلاف واقع و یا جعلی هستند به تشخیص آن اداره کل ، استخدام اینجانب در هر مرحله از ارزیابی تکمیلی وآموزش دوره مهارت و بعد از صدور حکم استخدام پیمانی پذیرش و قبولی اینجانب لغو و از ادامه اشتغال اینجانب خـودداری خواهد شد که در این صورت تمامی حقوق مربوط به هرگونه جذب و به کارگیری را از خود سلب می نمایم .

نام و نام خانوادگی :

شماره تلفن ضروری و شماره تلفن همراه

امضاء و اثر انگشت داوطلب

به : اداره کل آموزش و پرورش استان آذربایجان غربی

با سلام و احترام ؛

گواهی می نماید نامبرده به مشخصات فوق الاشاره درقالب نیروی خرید خدمات آموزشی ، دارای سوابق فعالیت با مدرسه فوق الاشاره به شـرح جدول ذیل براساس مستندات پیوستی می باشد .

۱– تصویربرابراصل ابلاغ داخلی مدرسه ۲– تصویربرابراصل قرارداد شرکت با مربی ۳– تصویربرابراصل تاییدیه گزینش به زمان فعالیت ۴– ریز بیمه

از تاریخ	تا تاریخ	سمت	ساعت تدریس در هفته	کد آموزشگاه	نام آموزشگاه	مدت بیمه پرداختی روز / ماه	نام مدیر آموزشگاه
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	

برابر بررسی بعمل آمده ، سابقه فعالیت وی به مدت ۲ سال با هفته ای ۱۰ ساعت در آموزشگاه فوق الذکر مورد تایید می باشد .

مدیر مدرسه
نام و نام خانوادگی
امضاء و مهر

کارشناس آموزش دوره مربوطه
نام و نام خانوادگی
امضاء و مهر

مدیر / رئیس اداره آموزش و پرورش منطقه /ناحیه .....
نام و نام خانوادگی
امضاء و مهر

***تذکر :هرگونه قلم خوردگی و خدشه در این گواهی موجب ابطال می باشدو بدون شماره و تاریخ دبیرخانه و مهرتائید معتبر نمی باشدو هر گونه مسئولیت و عواقب تائید فرم فوق الاشاره بر عهده امضاء کنندگان آن می باشد.**

به نام خدا

شماره :

تاریخ :

فرم شماره ۱۳ : « گواهی انجام کار مشمولین اطلاعیه سری سوم اصلاحات دفترچه راهنمای ثبت نام آزمون استخدامی ویژه رشته شغلی آموزگارابتدائی و آموزگار استثنائی سال ۱۴۰۱

برای احراز فعالیت بعنوان مربی پیش دبستانی

مدیر محترم آموزشگاه .....

با سلام و احترام ، اینجانب نام: ..... نام خانوادگی: ..... فرزند ..... شماره شناسنامه: .....

کد ملی: ..... آخرین مدرک تحصیلی: ..... رشته تحصیلی: ..... دارای سابقه اشتغال در قالب : مربی پیش دبستانی در آموزشگاه غیر دولتی ..... فعالیت داشته ام خواهشمند است سوابق اشتغال اینجانب را برای تشکیل پرونده ارزیابی تکمیلی آزمون استخدامی سال ۱۴۰۱ گواهی و تایید نمایند . در ضمن آگاهی کافی و کامل دارم چنانچه در حین بررسی مستندات ،بعد از اتمام مراحل ارزیابی تکمیلی و یا بعد از صدور حکم استخدام پیمانی محرز گردد سوابق اشتغال اینجانب به صورت موارد فوق الذکر محرز نگردد ویا اسناد و مدارک تحویلی خلاف واقع و یا جعلی هستند به تشخیص آن اداره کل ، استخدام اینجانب در هر مرحله از ارزیابی تکمیلی وآموزش دوره مهارت و بعد از صدور حکم استخدام پیمانی پذیرش و قبولی اینجانب لغو و از ادامه اشتغال اینجانب خودداری خواهد شد که در این صورت تمامی حقوق مربوط به هرگونه جذب و به کارگیری را از خود سلب می نمایم .

نام و نام خانوادگی :

شماره تلفن ضروری و شماره تلفن همراه

امضاء و اثر انگشت داوطلب

به : اداره کل آموزش و پرورش استان آذربایجان غربی

با سلام و احترام ؛

گواهی می نماید نامبرده به مشخصات فوق الاشاره درقالب مربی پیش دبستانی ، دارای سوابق فعالیت با آموزشگاه غیر دولتی دارای مجوز از آموزش و پرورش / سازمان بهزیستی کشور به شرح جدول ذیل براساس مستندات پیوستی می باشد .

۱– تصویربرابراصل ابلاغ داخلی مدرسه غیردولتی ۲– تصویربرابراصل قرارداد موسس با مربی پیش دبستانی ۳– تصویربرابراصل تاییدیه گزینش به زمان فعالیت ۴– ریز بیمه پرداختی ۵– مستندات پرداخت حق الزحمه

از تاریخ	تا تاریخ	سمت	ساعت تدریس در هفته	کد آموزشگاه	نام آموزشگاه	مدت بیمه پرداختی روز / ماه	نام مدیر آموزشگاه
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	
/ /	/ /					.... روز / .... ماه	

برابر بررسی بعمل آمده ، سابقه فعالیت وی به مدت ۲ سال با هفته ای ۱۰ ساعت در آموزشگاه فوق الذکر مورد تایید می باشد .

مدیر/موسس آموزشگاه غیر دولتی

نام و نام خانوادگی

امضاء و مهر

***تذکر :هرگونه قلم خوردگی و خدشه در این گواهی موجب ابطال می باشدو بدون شماره و تاریخ دبیرخانه و مهرتائید معتبر نمی باشدو هر گونه مسئولیت و عواقب تائید فرم فوق الاشاره بر عهده امضاء کنندگان آن می باشد.**