

معرفی داوطلب معلول به شورای پزشکی

شورای پزشکی درمانگاه فرهنگیان استان _____
 باسلام و احترام؛ در راستای بند «ز» آیین نامه اجرایی 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 ماده ۱۵ قانون جامع حمایت از معلولین قرار گرفته، معرفی می گردد.
 خواهشمند است مطابق ضوابط و مقررات مربوط، در خصوص تصدی نامبرده برای رشته شغلی
 _____ بررسی و اظهار نظر نمایید.

معاون پژوهش، برنامه ریزی و توسعه منابع اداره کل استان
 نام و نام خانوادگی
 امضاء و مهر

پزشک معتمد آموزش و پرورش
 نام و نام خانوادگی
 امضاء و مهر

بدینوسیله ویژگی های جسمانی آقا/خانم مورد بررسی این شورا قرار گرفت 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 و نام خانوادگی
 (سمت فرد امضا کننده اضافه شود)

امضاء و مهر

با توجه به گزارش شورای پزشکی و تطبیق ویژگی های جسمانی داوطلب با توجه به به شرایط احراز شغل بدینوسیله
 اعلام می دارد: آقا/خانم جهت احراز کد شغل محل
 الف) تأیید می گردد ب): به دلیل تأیید نمی گردد

۱- نماینده سازمان بهزیستی استان نام و نام خانوادگی امضاء و مهر

۲- نماینده مدیریت آموزش و پرورش استثنایی نام و نام خانوادگی امضاء و مهر

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