

نمون برگ شماره ۱

اعلام آمادگی و ارائه مدارک لازم برای بررسی فرایند ارزیابی نهایی آزمون استخدام و به کارگیری سرایدار _ خدمتگذار سال ۱۴۰۴ آموزش و پرورش

نام:	نام خانوادگی:	تولد:	شماره پرونده:	عنوان شغل: سرایدار (خدمتگذار)
کد ملی:	کد شغل محل:	استان:	هرمزگان	

اینجانب باکدملی از معرفی شدگان دو برابر ظرفیت آزمون استخدامی و / یا به کارگیری سرایدار (خدمتگذار) سال ۱۴۰۴ می‌باشم که با علم و آگاهی کامل و مطالعه دقیق مفاد دفترچه راهنمای آزمون استخدامی وزارت آموزش و پرورش سال ۱۴۰۴ و همچنین اطلاعیه‌ها و دستورالعمل‌های تکمیلی صادره از سوی مرکز آزمون جهاد دانشگاهی برای شرکت در مراحل بررسی اسناد و مدارک، بررسی ویژگی‌های جسمانی و روانی، ارزیابی نهایی و سایر مراحل قانونی مربوط اقدام نموده‌ام. بدین وسیله اظهار می‌نمایم که از تمام شرایط، ضوابط، مقررات و دستورالعمل‌های اعلام شده در دفترچه راهنما، اطلاعیه‌های بعدی و نیز ضوابطی که در زمان بررسی اسناد و مدارک، انجام معاینات پزشکی، ارزیابی نهایی و گزینش اعلام خواهد شد، آگاهی کامل داشته و متعهد و ملتزم می‌شوم که مطابق مقررات وزارت آموزش و پرورش عمل نمایم. بدیهی است مسئولیت ناشی از عدم رعایت دقیق ضوابط و شرایط اعلام شده به عهده این جانب بوده و تشخیص وزارت آموزش و پرورش در هر یک از موارد زیر، قطعی، لازم الاجرا و غیر قابل اعتراض بوده و دستگاه مزبور حق هرگونه اقدام قانونی و قضایی را خواهد داشت.

بر این اساس از کلیه شرایط و ضوابط اعلام شده از سوی آموزش و پرورش در دفترچه مزبور و اطلاعیه بعدی و همچنین ضوابطی که در زمان انجام بررسی اسناد و مدارک، انجام معاینات پزشکی و ارزیابی نهایی اعلام خواهد شد؛ آگاهی کامل داشته و متعهد و ملتزم می‌شوم که مطابق ضوابط آموزش و پرورش عمل نمایم. بنابراین مسئولیت ناشی از عدم رعایت دقیق ضوابط و شرایط اعلام شده به عهده این جانب خواهد بود. تشخیص آموزش و پرورش در هر یک از موارد ذیل غیر قابل اعتراض بوده و دستگاه مزبور حق اقدام قضایی و صدور اجرائیه علیه این جانب را دارد.

۱_ با علم به اینکه گزینش نهایی داوطلبان براساس مجموع نمره فضلی و با وزن ۷۰ درصد آزمون کتبی و ۴۰ درصد ارزیابی نهایی انجام می‌پذیرد، آگاه هستم که معرفی اینجانب برای بررسی ویژگی‌های جسمانی و روانی، ارزیابی نهایی، گزینش و سایر مراحل، به منزله قبولی نهایی تلقی نمی‌شود.

۲_ بررسی ویژگی‌های جسمانی و روانی اینجانب، بر اساس ضوابط و معیارهایی انجام خواهد شد که در زمان اجرای معاینات توسط وزارت آموزش و پرورش اعلام می‌شود.

۳_ وفق ضوابط و مقررات مربوط، متعهد می‌شوم نسبت به انجام تست اعتیاد (یا آزمایش خونی) و ارائه گواهی معتبر مربوط در روز بررسی اسناد و مدارک اقدام نمایم.

۴_ با رضایت کامل، می‌پذیرم که هزینه‌های مربوط به ارزیابی نهایی، معاینات پزشکی و همچنین دوره‌های بدو خدمت (آموزشی و رفاهی)، حسب مقررات، بر عهده این جانب خواهد بود.

۵_ آگاه هستم که شرایط و ضوابط برگزاری دوره‌های بدو خدمت پس از اعلام قبولی نهایی، توسط اداره کل آموزش و پرورش استان محل قبولی ابلاغ خواهد شد و متعهد می‌شوم در صورت قبولی نهایی، تمام ضوابط اعلام شده را رعایت نمایم.

۶_ عدم حضور در هر یک از مراحل آزمون و فرآیند جذب، از جمله آزمون کتبی، بررسی اسناد و مدارک، معاینات پزشکی، ارزیابی نهایی، گزینش و همچنین عدم ثبت نام یا شرکت در دوره بدو خدمت، به منزله انصراف تلقی شده و هیچ گونه حقی برای استخدام این جانب ایجاد نخواهد نمود. در این صورت، حسب مورد، مکلف به پرداخت هزینه‌های اعلامی از سوی آموزش و پرورش خواهم بود.

۷_ آگاه هستم که تغییر منطقه محل خدمت پس از قبولی و قبل از استخدام و اشتغال به کار، تحت هیچ شرایطی مجاز نخواهد بود و پس از اشتغال نیز، صرفاً تابع ضوابط و مقررات نقل و انتقال کارکنان رسمی، پیمانی و قراردادی خواهد بود.

۸_ متعهد می‌شوم پس از قبولی و تشکیل پرونده استخدامی، در صورت ترک محل خدمت، انصراف از ادامه دوره‌های بدو خدمت، اخراج، انفصال از خدمت، استنکاف از استخدام، عدم استخدام ناشی از تقصیر، ترک خدمت، بازخریدی یا به طور کلی فراهم نمودن موجبات عدم ایفای تمام یا بخشی از تعهد خدمت، حسب مورد، خسارات وارده را مطابق مقررات به وزارت آموزش و پرورش پرداخت نمایم.

۹_ اقرار می‌نمایم که از وظایف، مسئولیت‌ها و شرایط شغل سرایدار (خدمتگذار) مطابق مفاد دفترچه آزمون و اطلاعیه‌های بعدی آن آگاهی کامل داشته و پس از قبولی، در محل خدمت تعیین شده از سوی منطقه مربوطه فعالیت خواهم نمود. همچنین آگاه هستم که اعمال مدرک تحصیلی بالاتر از دیپلم یا تغییر رشته شغلی پس از قبولی، بدون رعایت ضوابط و مقررات وزارت آموزش و پرورش، فاقد وجاهت قانونی و بلااثر خواهد بود.

نام و نام خانوادگی داوطلب

اثرگشت

بعد از تکمیل کل نمون برگها و دریافت کد رهگیری، چاپ این متن از سامانه کارا توسط داوطلب، گذاشتن اثر انگشت و امضای تحویل آن به کارگروه امور اداری الزامی است

نمون برگ تأیید صحت انجام فرایند بررسی اسناد و مدارک خوداظهاری و شرایط احراز

نمون برگ شماره ۲۴

اینجانب: فرزند: دارای کد ملی: داوطلب آزمون استخدام و یا به کارگیری وزارت آموزش و پرورش در سال ۱۴۰۴ در تاریخ: روز: در مرکز: واقع در استان: حضور پیدا نمودم و فرایند بررسی و کنترل مدارک و مستندات آزمون را برابر جدول زیر با صحت کامل و بدون داشتن هیچ گونه سؤال، ابهام و اعتراض طی نمودم و مرتب را تأیید می نمایم.

با توجه به ویژگی های شغل سرایدار خدمتگذار و اهمیت آن در مدارس اظهار می نمایم که از وظایف، مسئولیت ها و شرایط شغل سرایدار خدمتگذار آگاهی کامل داشته و در صورت قبولی، در محل خدمت تعیین شده از سوی منطقه مربوط فعالیت خواهم نمود. همچنین آگاه هستم که اعمال مدرک تحصیلی بالاتر از دیپلم یا تغییر رشته شغلی، بدون رعایت ضوابط و مقررات وزارت آموزش و پرورش، فاقد وجهت قانونی و بلااثر خواهد بود.

تکمیل این نمون برگ و تحویل به نماینده امور اداری برای ضبط در پرونده الزامی است.

ردیف	مرحله	ساعت	امضاء
۱	پذیرش		
۲	ارائه گواهی تست اعتیاد		
۳	بررسی اسناد و مدارک خوداظهاری و شرایط احراز		
۴	بررسی سوابق، تجربیات و توانمندی ها		

نام و نام خانوادگی داوطلب

روز تاریخ

امضاء اثر انگشت

جای الصاق عکس

معرفی نامه بدون

عکس

معرفی نامه برای حضور در مرحله بررسی ویژگی های جسمانی آزمون استخدام و بکارگیری سرایدار (خدمتگزار) سال ۱۴۰۴

سرکار خانم/ جناب آقای

رئیس محترم در مانگاه فرهنگیان.....

با سلام و احترام

به اطلاع می رساند مدارک و مستندات مربوط به آزمون استخدام و یا به کارگیری داوطلب با مشخصات زیر بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. لذا بررسی ویژگی های جسمانی نامبرده مطابق دستورالعمل های مربوط از نظر کارگروه بررسی مدارک و مستندات بلامانع است.

شایان ذکر است که **عدم مراجعه در زمان مقرر** برای بررسی ویژگی های جسمانی به منزله **انصراف از استخدام و یا به کارگیری** تلقی می شود.

زمان مراجعه: از روز..... تاریخ/...../۱۴۰۴ لغایت روز..... تاریخ/...../۱۴۰۴

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.		
تذکر مهم: هرگونه اعتراض رسیدگی نسبت به بررسی ویژگی های جسمانی و روانی در مراجع قانونی صرفاً در مهلت مقرر برای این مرحله امکان پذیر. بنابراین در صورت عدم تأیید بررسی ویژگی های جسمانی و روانی، در مهلت مقرر اقدام نماید.		

رئیس کارگروه بررسی مدارک و مستندات اداره کل استان

نام و نام خانوادگی

معرفی نامه بدون عکس

فاقد اعتبار می باشد

معرفی نامه جهت حضور در ارزیابی نهایی آزمون استخدام و به کارگیری سرایدار (خدمتگزار) سال ۱۴۰۴

سرکار خانم / جناب آقای

رئیس محترم مرکز ارزیابی نهایی

با سلام و احترام؛

بدین وسیله به اطلاع می رساند مدارک و مستندات مربوط به آزمون استخدام و یا به کارگیری و بررسی ویژگی های جسمانی داوطلب با مشخصات زیر بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. لذا انجام سنجش و ارزیابی تکمیلی از نامبرده مطابق دستورالعمل های مربوط از نظر کارگروه بررسی مدارک و مستندات بلامانع است.

شایان ذکر است که **عدم مراجعه در زمان مقرر** برای بررسی ویژگی های جسمانی و انجام سنجش و ارزیابی نهایی استخدامی به منزله **انصراف از استخدام و یا به کارگیری تلقی** می شود.

عنوان یا شماره گروه ارزیابی:

مکان گروه ارزیابی:

زمان مراجعه: روز..... تاریخ...../...../۱۴۰۴ ساعت.....

نام	نام خانوادگی	کد ملی
کد - شغل - محل معرفی شده	سهمیه معرفی شده	زمان و مکان مراجعه برای انجام ارزیابی نهایی
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 و در زمان و مکان مشخص شده صورت می پذیرد بنابراین عدم مراجعه در مرکز ارزیابی به منزله غیبت تلقی شده و از فرایند استخدام حذف خواهید شد.		

رئیس کارگروه بررسی مدارک و مستندات اداره کل استان

نام و نام خانوادگی تاریخ / امضاء

نمون برگ استشهد محلی برای امتیاز بومی بودن

شماره :
تاریخ

نمونه نمون برگ

بازرسی

فرم اسناد محل سکونت فعلی ساکن بودن داوطلب متقاضی شرکت در آزمون بومی استخدامی و انتخابی اجرایی کشور

اینجانب..... فرزند..... به کد ملی..... از مطلعین و معتمدین محل، تقاضا دارم که شهرستان محل سکونت فعلی و ساکن بودن اینجانب را به آدرس ذیل گواهی نمایند. آدرس محل سکونت فعلی : استان..... شهرستان..... بخش..... خیابان اصلی..... خیابان فرعی..... کوچه..... پلاک..... واحد..... امضاء و اثر انگشت
اینجانبان امضاء کنندگان ذیل گواهی می نمایم که نامبرده بالا در حال حاضر در آدرس فوق سکونت داشته و مسئولیت عواقب عدم صحت اطلاعات فوق را می پذیریم - اینجانب..... فرزند..... به کد ملی..... صحت مراتب فوق را گواهی می نمایم. امضاء و اثر انگشت
اینجانب..... فرزند..... به کد ملی..... صحت مراتب فوق را گواهی می نمایم. امضاء و اثر انگشت
اینجانب..... فرزند..... به کد ملی..... صحت مراتب فوق را گواهی می نمایم. امضاء و اثر انگشت
این قسمت توسط فرمانداری و یا نیروی انتظامی (پاسگاه یا کلانتری محل) تکمیل گردد موارد فوق مورد تأیید اینجانب..... با سمت..... می باشد.
محل مهر - امضاء فرمانداری/پاسگاه یا کلانتری محل
تذکرات مهم: تکمیل این فرم برای تمامی داوطلبان بومی شهرستانی که متقاضی استفاده از اولویت استخدام به لحاظ الیات ساکن بودن در حال حاضر خود در شهرستان مورد تقاضا می باشند، الزامی است. ساکن بودن یا ده سال سابقه سکونت "داوطلب در شهرستان مورد تقاضا، به روش های ذیل باید بصورت توأمان حاصل گردد: الف) "ساکن بودن" در شهرستان مورد تقاضا: ارائه استشهد محلی (براساس فرم پیوست) مهیور به مهر فرمانداری یا نیروی انتظامی (پاسگاه یا کلانتری محل) در شهرستان مورد تقاضا به همراه تصویر سند مالکیت و یا اجازنامه دارای "کد رهگیری از سامانه ثبت معاملات املاک و مستغلات کشور" محل سکونت به نام داوطلب، همسر، پدر و یا مادر داوطلب در زمان ثبت نام در آزمون مشترک فراگیر. ب) احراز "ده سال سابقه سکونت در شهرستان مورد تقاضا، که به یکی از روش های ذیل صورت می گیرد: ب-۱) داشتن گواهی تحصیل در مقاطع تحصیلی ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان در شهرستان مورد تقاضا حسب مورد با تأیید اداره آموزش و پرورش شهرستان مربوطه; ب-۲) داشتن گواهی اشتغال بکار رسمی، پیمانی، قراردادی و یا شرکته اوطلب و یا همسر وی (با در نظر گرفتن تاریخ عقد دائم) و یا گواهی اشتغال بکار رسمی، پیمانی، قراردادی و یا شرکته پدر و یا مادر داوطلب در دستگاه های اجرایی، نیروهای نظامی و انتظامی، بخش غیردولتی مشروط به پرداخت حق بیمه; تبصره: هر یک از حالت های ذکر شده در بندهای (ب-۱) و (ب-۲) فوق می توانند به عنوان تمام یا قسمتی از سابقه ده سال سابقه سکونت در شهرستان مورد تقاضا (مشروط به عدم همزمانی تاریخ اعمال آن ها)، ملاک محاسبه قرار می گیرند.

نمون برگ شماره ۸

الف-خود اظهاری و سوابق بیماری (توسط داوطلب)

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

الف-۱) مشخصات عمومی داوطلب: لازم به ذکر است محتویات این پرسشنامه و معاینات کاملاً محرمانه می‌باشد

بند ۱. نام و نام خانوادگی:	بند ۲. متولد:/...../۱۳..... کد ملی:
بند ۳. جنسیت: ۱. مذکر ☐ ۲. مؤنث ☐	بند ۴. وضعیت تأهل: ۱. مجرد ☐ ۲. متأهل ☐ ۳. سایر ☐
بند ۵. نام پردیس / مرکز / سازمان:	بند ۶. نام آخرین دانشگاهی که تحصیل کرده‌اید:
بند ۷. رشته شغلی پذیرفته‌شده:	
بند ۸. آدرس پست الکترونیک: (ایمیل)	
بند ۹. شماره تلفن ثابت و همراه:	
بند ۱۰. خدمت سربازی ۱. رفته‌ام ☐ ۲. ترفتم ☐ ۳. دارای معافیت هستم ☐ علت معافیت ذکر شود	

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

بند ۱۱. کدام یک از مشکلات زیر را تاکنون داشته‌اید؟

◀ سلامت عمومی و وضعیت جسمانی:

۱. اختلالات قلبی و عروقی ☐ ۲. احساس خستگی مزمن ☐ ۳. دردهای اسکلتی-عضلانی ☐ ۴. ناراحتی‌های گوارشی ☐
۵. فشارخون بالا ☐ ۶. سردرد دوره‌ای ☐ ۷. دیابت (بیماری قند) ☐ ۸. اختلال کارکرد تیروئید ☐
۹. کم‌خونی تأییدشده ☐ ۱۰. بالا بودن چربی خون ☐ ۱۱. تشنج و صرع ☐ ۱۲. آسم و سایر بیماری‌های مزمن تنفسی ☐
۱۳. آیا در دیدن رنگ‌ها مشکل دارید؟ بله ☐ خیر ☐
۱۴. کاهش شنوایی ☐ ۱۵. بیماری‌های صعب‌العلاج (سرطان، ام‌اس، ایدز و...) ☐ ذکر شود.....
۱۵. مشکلات دستگاه ادراری (عفونت، سنگ و...) ☐
۱۶. مشکلات مادرزادی ☐ ذکر شود..... ۱۷. معلولیت ☐ نوع و علت.....
۱۸. سابقه هیچ کدام از بیماری‌های فوق را ندارم ☐ ۲۰. مواردی را که نیاز می‌دانید دکتر را مطلع سازید.....

◀ سلامت روان:

۱. اختلال افسردگی ☐ ۲. اختلال اضطرابی ☐ ۳. اختلال دو قطبی ☐ ۴. اختلال وسواس ☐
۵. بیماری‌های روانی ناشی از جنگ و حوادث (PTSD) ☐ ۶. عدم تعادل عصبی و روانی ☐

◀ بیماری‌های عفونی:

۱. بیماری‌های مزمن عفونی (تب مالت، سل، سیفلیس، هپاتیت B، ایدز و...) ☐ در صورت ابتلا به هر کدام نام آن را ذکر کنید.....
۲. بیماری‌های عفونی، انگلی و مزمن ☐ ۳. بیماری‌های عفونی پوستی ☐

◀ سایر موارد:

۱. سابقه عمل جراحی یا بستری شدن در بیمارستان ☐ و علت..... ۲. سابقه دارویی ☐
۱۲. هنگام انجام فعالیت‌های بدنی دچار کدام یک از مشکلات زیر می‌شوید؟
۱. درد قفسه سینه ☐ ۲. سرگیجه ☐ ۳. سرخه ☐ ۴. تنگی نفس ☐ ۵. هیچ کدام ☐

بند ۱۳. آیا در حال حاضر تحت درمان با داروی خاصی هستید؟

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

بند ۱۴. آیا سابقه حساسیت به دارو یا غذای خاصی دارید؟

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

بند ۱۴. آیا بدون تجویز پزشک دارویی مصرف می‌کنید؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ اگر جوابتان مثبت است چه دارویی مصرف می‌کنید؟ ۱. آنتی‌بیوتیک ☐ ۲. مسکن‌های ساده ☐ ۳. دیابت (بیماری قند) ☐ ۴. داروهای آرام‌بخش ☐ ۵. داروهای نیروزا ☐ ۶. مکمل‌ها ☐ ۷. سایر موارد ☐ ذکر شود.....
بند ۱۵- آیا تاکنون سابقه‌ای از مصرف مواد مخدر و... داشته‌اید؟ خیر ☐ بلی ☐ چه مدت؟ ذکر کنید
بند ۱۶- آیا تاکنون سابقه‌ای از مصرف سیگار، قلیان، پیپ، ویپ و پاد داشته‌اید؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ چه مدت..... آیا ادامه دارد؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐
این سؤال مخصوص خانم‌ها می‌باشد بند ۱۷- سابقه کدام مورد را داشته‌اید؟ اختلالات هورمونی ☐ بلوغ زودرس ☐ بلوغ دیررس ☐ سابقه یا جراحی بیماری‌های رحمی ☐ ناباروری ☐ کیست‌های تخمدانی ☐ توده یا ترشحات پستانی ☐ سایر موارد ذکر کنید.....
بند ۱۸- Rh و گروه خونی شما چیست؟.....

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

بند ۱۹- کدام یک از موارد زیر در خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) شما وجود دارد؟ ۱. فشارخون بالا ☐ ۲. سابقه سکته قلبی زیر پنجاه سال ☐ ۳. دیابت (بیماری قند) ☐ ۴. سرطان ☐ ۵. مصرف دخانیات (سیگار، پیپ، قلیان) ☐ ۶. بالابود چربی‌های خون ☐ ۷. چاقی ☐ ۸. بیماری‌های اعصاب و روان ☐ ۹. بیماری‌های کلیوی ☐ ۱۰. بیماری‌های روده‌ای (کولیت اولسرو، کرون) ☐

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

بند ۲۰. آیا واکسیناسیون شما کامل انجام شده است؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ ۳. نمی‌دانم ☐
بند ۲۱. آیا واکسن هیپاتیت ب را دریافت کرده‌اید؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ ۳. نمی‌دانم ☐
بند ۲۲. آیا در دوره دبیرستان واکسن توأم (دیفتری، گزاز) دریافت کرده‌اید؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ ۳. نمی‌دانم ☐

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

اینجانب..... شماره شناسنامه..... نام پدر..... شماره داوطلبی..... در آزمون استخدام وزارت آموزش و پرورش در سال ۱۴۰۴، موارد قیدشده را صادقانه و با دقت تکمیل کرده و صحت کلیه مندرجات آن را به عهده می‌گیرم و به این موضوع آگاهی کامل دارم که درج هرگونه موارد نادرست و یا کتمان حقیقت در هر مرحله‌ای از دوره مهارت آموزی و استخدام مانع پذیرفته شدن اینجانب خواهد شد.

نام و نام خانوادگی: تاریخ: اثر انگشت و امضاء داوطلب:

ب-۱) قد، وزن، فشارخون، BMI

بند-۲۳. قد (به سانتیمتر) بند-۴۳. وزن به کیلوگرم..... BMI.....

بند -۲۴. فشارخون ۱- سیستول:..... ۲- دیا سیستول:..... فشارخون بالا (۹۰/۱۴۰ و بالاتر) ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐

ب-۲) - اندازه گیری قدرت بینایی:

بند-۲۵. وضعیت بینایی چشم راست: (بدون عینک) ۱- /۱۰ ☐ ۲۱۰-۹/۱۰ ☐ ۳- ۸/۱۰ و کمتر ☐

بند-۲۶. وضعیت بینایی چشم چپ: (بدون عینک) ۱- /۱۰ ☐ ۲۱۰-۹/۱۰ ☐ ۳- ۸/۱۰ و کمتر ☐

بند-۲۷. با توجه به وضعیت بینایی مراجعه دانشجو به چشم پزشکی توصیه می شود؟ ۱- خیر ☐ ۲- بلی ☐

بند-۲۸. آیا هر دو چشم سالم است؟ اگر نه نام بیماری:.....

بند-۲۹. اگر از عینک استفاده می کنید؟ شماره چشم چپ راست آستیگماتیسم: راست چپ

ب-۳) - معاینه لثه و دندان ها:

بند ۳۰- وضعیت بهداشت دندان ها کدام گزینه است؟ ۱. بد ☐ ۲. متوسط ☐ ۳. خوب ☐

بند ۳۱- وضعیت بهداشت لثه ها کدام گزینه است؟ ۱. بیماری لثه (پیوره) ☐ ۲. التهاب لثه ☐ ۳. طبیعی ☐

بند ۳۲- تعداد دندان های پوسیده؟ صفر ☐ عدد

بند ۳۳- تعداد دندان های پر شده به علت پوسیدگی؟ صفر ☐ عدد

بند ۳۴- تعداد دندان های کشیده شده به علت پوسیدگی؟ صفر ☐ عدد

بند ۳۵- با توجه به معاینات وضعیت دهان و دندان مراجعه دانشجو به دندان پزشکی توصیه می شود؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐

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

نمون برگ شماره ۱۰

عکس داوطلب
ممه‌ور به مهر پزشک معاینه
کننده

نمون برگ ارجاع به پزشک متخصص

همکار محترم پزشک متخصص / فوق تخصص جناب آقای / سرکار خانم دکتر.....
بدین وسیله صاحب عکس ممهور آقای / خانم فرزند..... به
شماره ملی..... جهت بررسی و معاینه و اظهارنظر در خصوص موضوع ذیل معرفی می‌گردد، لطفاً
نتایج بررسی و اظهارنظر به صورت محرمانه گزارش گردد:

تاریخ، امضاء و مهر پزشک معتمد آموزش و پرورش:

همکار محترم جناب آقای / سرکار خانم دکتر.....
بدین وسیله آقای / خانم صاحب عکس ممهور فوق‌الذکر مورد بررسی و معاینه کامل قرار گرفت و
نتایج به شرح ذیل اعلام می‌گردد:

تاریخ، امضا و مهر پزشک متخصص:

ستولیت و پاسخگویی به مراجع قانونی در خصوص مفاد اعلام
نظر،
رژک تأییدکننده این نمون برگ می‌باشد.

معرفی داوطلب معلول به شورای پزشکی

شورای پزشکی درمانگاه فرهنگیان استان
 باسلام و احترام؛ در راستای بند «ز» آیین‌نامه اجرایی ماده ۴۲ قانون مدیریت خدمات کشوری، بدین‌وسیله
 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 می‌گردد.
 خواهشمند است مطابق ضوابط و مقررات مربوط، در خصوص تصدی نامبرده برای رشته شغلی
 بررسی و اظهار نظر نمایید.

معاون پژوهش، برنامه‌ریزی 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 ویژگی‌های جسمانی آقا/خانم مورد بررسی این شورا قرار گرفت و اعلام می‌دارد
 نامبرده دارای معلولیت‌ها و محدودیت‌های جهت تصدی رشته شغلی
 می‌باشد و بدین‌وسیله جهت بررسی و اعلام نظر معرفی می‌گردد. نام و نام خانوادگی
 (سمت فرد امضا کننده اضافه شود)

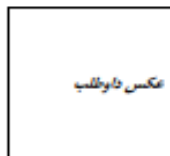
امضاء و مهر

با توجه به گزارش شورای پزشکی و تطبیق ویژگی‌های جسمانی داوطلب با توجه به به شرایط احراز شغل بدین‌وسیله
 اعلام می‌دارد: آقا/خانم جهت احراز کد شغل محل
 الف (تأیید می‌گردد ب): به دلیل تأیید نمی‌گردد

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، برنامه‌ریزی و توسعه منابع نام و نام خانوادگی امضاء و مهر



عکس داوطلب

تارگروه بررسی اسناد و مدارک و معاینات پزشکی استان.....

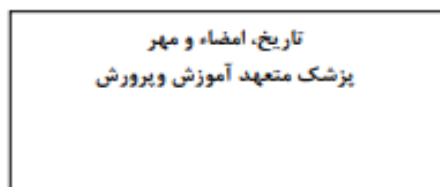
آقا / خانم رشته

کد ملی

☐ نظر جسمی و روانی توانایی کار معلمی را دارد.

نظر جسمی و روانی توانایی کار معلمی را به دلایل ذیل:

☐ ندارد



تاریخ، امضاء و مهر
پزشک متعهد آموزش و پرورش

***مسئولیت و پاسخگویی به مراجع قانونی در خصوص عدم رعایت ضوابط و مفاد لیست بیماری‌هایی که ممنوعیت استخدام در آموزش و پرورش را دارند، در تعهد پزشک تأییدکننده این نمون برگ می‌باشد.

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

تذکره (۲): صدور حکم استخدام پیمانی مشروط به سالم بودن در آزمایشات استخدامی می‌باشد.

«نمون برگ سوابق، تجربیات و فعالیت‌ها»

نمون برگ شماره ۳

«نمون برگ سوابق، تجربیات و فعالیت‌ها» آزمون استخدام و به‌کارگیری سرباىار (خءمءءار) سال ۱۴۰۴

۱- سوابق فعالیت‌ها، سوابق و امتیازدهی شغلی

نام: نام خانوادگی: کء ملی: جنسیت: شماره ی پروءءه:							
عنوان شغل: کء شغل محل: عنوان شغل محل:							
سهمیه معرفى شده: استان:							
شاخص های ارزیابی	معیارهای ارزیابی	مرجع مسابقات / رویدادها		حءاكثر امتیاز	سطح	شاخص	امتیاز داوطلب بر اساس خود اءظهاری
		تاریخ گواهی	تاریخ گواهی				
سوابق و تجربه تخصصی	سابقه کار خدماتی			۱۵	به ازای هر ماه فعالیت	۵/۰	گواهی معتبر خدمء و فعالیت در شغل سرباىاری و خدمءءزاری با پرداخت بیمه
	توسعه مهارت و دانش	گواهی تعمیرات جزئی وسایل برقی، تأسیسات ساخءمانی (آب -فاضلاب و..)		۵	به ازای هر گواهی	۱	گواهینامه معتبر سازمان آموزش های فنى و حرفه ای - جهاء دانشگاهی
		گواهی آموزش ایمنی و بهداشت کار		۵	به ازای هر گواهی	۱	گواهینامه معتبر سازمان آموزش های فنى و حرفه ای - جهاء دانشگاهی
		گواهی مهارءهای خدماتی (نظافت، تأسیسات ساده، آبدارخانه)		۵	به ازای هر گواهی	۱	گواهینامه معتبر سازمان آموزش های فنى و حرفه ای - جهاء دانشگاهی
		گواهی دوره طرء ولایت / عضویت در طرء شهید بهنام محمدی (ره)		۲	به ازای هر دوره فعالیت	۱	گواهی معتبر مؤسسه آموزشى و پژوهشى امام خمینى (ره) یا نواحى بسیج دانش آموزى
	دستاوردها و مشارءء اجتماعى	فعالیت‌های جهادى و بسیجى در زمان تحصیل (عضو بسیج دانش‌آموزى -شرءء در اردوهای جهادى)		۲	به ازای هر ماه فعالیت	۰,۲۵	گواهی تأیید مدت فعالیت با تأیید فرماندهى سپاه شهرستان یا نواحى بسیج دانش آموزى
		همکاری با تشكلى‌های دانش‌آموزى (اتءاءیه انجمن اسلامى دانش‌آموزى و سازمان دانش‌آموزى)		۲	به ازای هر ماه فعالیت	۰,۲۵	گواهینامه معتبر مدت فعالیت توسط مسئولین تشكلى‌ها در استان
		گواهی فعالیت در هلال اءمر		۲	به ازای هر گواهی	۱	گواهینامه معتبر هلال اءمر جمهورى اسلامى

	مقام در جشنواره های معتبر قرآن و نهج البلاغه		۲	به ازای مدرك	۱	به ازای هر گواهی معتبر از برگزارکننده یا تأیید ادارات کل اوقاف،
--	---	--	---	-----------------	---	---

۲- تقدیر نامه های مرتبط در سطح (امتیاز بر اساس سطوح کسب تقدیر نامه)

تقدیر نامه	مرجع صادر کننده		حداکثر امتیاز	سطح	شاخص	امتیاز هر مورد تقدیر نامه	حداکثر امتیاز	امتیاز داوطلب خود اظهاری	تعیین امتیاز نهایی - ارزیاب
	تاریخ تقدیر نامه	شماره تقدیر نامه							
نشان های دولتی			۵	کشوری	به ازای هر تقدیر نامه	۵	۵		
تقدیر نامه از رئیس جمهور				کشوری		۵	۵		
وزیر یا معاون رئیس جمهور				کشوری		۴	۴		
معاون وزیر و مقامات هم تراز				کشوری		۳	۳		
استاندار				استانی		۲	۲		
مدیران کل استانی، فرماندهان نظامی و معاونین استاندار				استانی		۱	۱		

بد توسط داوطلب

این جانب..... فرزند..... باکد ملی..... به شماره پرونده..... از معرفی شدگان دو(۲) برابر ظرفیت آزمون استخدام رشته شغلی سریدار(خدمتگزار) سال ۱۴۰۴ کلیه مدارک، سوابق و مستندات فعالیت ها و تجارب دارای امتیاز را بارگذاری نموده و اصل آن ها در روز مراجعه به برر سی تحویل دادم و مسئولیت عدم تحویل و یا نواقصی به عهده این جانب می باشد. بدیهی است امتیاز نهایی این جانب به شرط تأیید توسط ارزیابی کننده خواهد بود.

نام/نام خانوادگی داوطلب

امضاء

بررسی کننده	ناظر گزینش	رئیس کارگروه بررسی اسناد و مدارک
نام/نام خانوادگی امضاء	نام/نام خانوادگی امضاء	نام/نام خانوادگی امضاء