



وزارت آموزش و پرورش

ساوانت برنامه ریزی و توسعه منابع اداره کل امور اداری و تسهیلات

نمون برگ شماره (۳)

اعلام آمادگی برای انجام معاینات پزشکی و مصاحبه استخدامی توسط داوطلب معرفی شده

اداره کل آموزش و پرورش استان

احتراماً؛ اینجانب..... فرزند..... باکد ملی..... به شماره داوطلبی..... از معرفی شدگان چند برابر ظرفیت آزمون استخدام پیمانی سال ۱۳۹۸ می باشم که با علم و آگاهی کامل و مطالعه دقیق مفاد اطلاعیه های مربوط سازمان سنجش آموزش کشور در باره آزمون استخدامی وزارت آموزش و پرورش سال ۱۳۹۸ در هفتمین آزمون استخدامی متمرکز دستگاه های اجرایی کشور و اطلاع از موارد ذیل، برای شرکت در مراحل مصاحبه استخدامی اقدام نمایم. براین اساس از کلیه شرایط و ضوابط اعلام شده از سوی آموزش و پرورش در اطلاعیه مزبور و همچنین ضوابطی که در زمان انجام بررسی ویژگی های جسمانی و مصاحبه استخدامی اعلام شده است؛ آگاهی کامل داشته و متعهد و ملتزم می شوم که مطابق ضوابط آموزش و پرورش عمل نمایم. بنابراین مسئولیت ناشی از عدم رعایت دقیق ضوابط و شرایط اعلام شده به عهده اینجانب خواهد بود.

تشخیصی آموزش و پرورش در هریک موارد ذیل غیر قابل اعتراض بوده و بدو هر گونه ادعایی را از خود سلب و ساقط می نماید.

۱- با توجه به اینکه گزینش نهایی براساس مجموع نمره فاضلی هر داوطلب، با وزن هفتاد درصد (۷۰٪) آزمون کتبی و سی درصد (۳۰٪) مصاحبه استخدامی صورت خواهد گرفت، بنابراین معرفی اینجانب برای بررسی ویژگی های جسمانی و مصاحبه استخدامی به عنوان قبولی نهایی تلقی نمی شود.

۲- بررسی ویژگی های جسمانی براساس ضوابطی است که آموزش و پرورش در زمان بررسی ویژگی های جسمانی اعلام می نماید.

۳- به استناد مجوزهای شماره ۱۵۱۶۱۰ مورخ ۱۳۹۸/۳/۲۷ و ۱۶۰۴۹۱ مورخ ۹۸/۳/۲۷ سازمان اداری و استخدامی کشور، متعهد و ملزم به گذراندن دوره یکساله مهارت آموزی در پردیس های دانشگاه فرهنگیان (برای رشته های شغلی: دبیر، آموزگار، مربی امور تربیتی، مراقب سلامت و...) و دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی (برای رشته های شغلی: هنرآموز و استاد کار) و موفقیت در آزمون جامع می باشم. مضافاً، براین موضوع واقفم که تعیین محل گذراندن دوره یکساله مهارت آموزی به عهده دانشگاه های مزبور خواهد بود. بنابراین در صورت قبولی نهایی حق هیچ گونه درخواستی برای تغییر محل گذراندن دوره یکساله مهارت آموزی تحت هر شرایطی اعم از تأهل، مجرد، تکلیف، بیماری، دوری مسافت و... را ندارم.

۴- وفق ضوابط، بخشی از هزینه های مصاحبه استخدامی و معاینات پزشکی و همچنین برگزاری دوره یکساله مهارت آموزی (خدمات آموزشی و رفاهی)، برعهده اینجانب خواهد بود.

۵- با توجه به اینکه شرایط و ضوابط برگزاری دوره یکساله مهارت آموزی، پس از قبولی نهایی داوطلبان و در زمان ثبت نام در دوره مزبور از سوی دانشگاه های مجری دوره، اعلام خواهد شد. بنابراین متعهد و ملتزم می شوم، چنانچه در ردیف 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، مصاحبه، گزینش و...) و همچنین عدم ثبت نام و شرکت در دوره یکساله مهارت آموزی و آزمون جامع، انصراف تلقی شده و هیچ گونه حق استخدامی برای اینجانب ایجاد نخواهد کرد. حسب مورد مکلف به پرداخت هزینه های مربوط که از سوی آموزش و پرورش اعلام خواهد شد، می باشم.

۷- تغییر منطقه محل خدمت، پس از قبولی و قبل استخدام و اشتغال به کار، تحت هیچ شرایطی مجاز نخواهد بود؛ پس از اشتغال به کار نیز، تابع ضوابط و مقررات نقل و انتقال فرهنگیان رسمی و پیمانی خواهد بود.

۸- متعهد و ملتزم می شوم اگر در ردیف معرفی 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 انقضا از خدمت، استنکاف از خدمت، عدم استخدام ناشی از تقصیر، ترک خدمت، بازخرید نمودن و به طور 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 هزینه های دوره یکساله مهارت آموزی را حسب اعلام آموزش و پرورش و دانشگاه محل گذراندن دوره مزبور را، به آموزش و پرورش یا دانشگاه مجری دوره پرداخت نمایم.

نام و نام خانوادگی داوطلب/الرانگشت و امضاء



وزارت آموزش و پرورش

سازمان برنامه ریزی و توسعه منابع اداره کل امور اداری و پشتیبانی

نمون برگ شماره ۴-الف

خود اظهاری و سوابق بیماری (توسط داوطلب)

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

بند ۱. نام و نام خانوادگی:	بند ۲. متولد:/...../۱۳.....	کد ملی:
بند ۳. جنسیت: ۱. مذکر <input type="checkbox"/> ۲. مؤنث <input type="checkbox"/>	بند ۴. وضعیت تاهل: ۱. مجرد <input type="checkbox"/> ۲. متاهل <input type="checkbox"/> ۳. سایر <input type="checkbox"/>	
بند ۵. نام پردیس / مرکز / سازمان:	بند ۶. نام آخرین دانشگاهی که تحصیل کرده اید:	
بند ۷. رشته شغلی پذیرفته شده:		
بند ۸. آدرس پست الکترونیک: (ایمیل)		
بند ۹. شماره تلفن ثابت و همراه:		
بند ۱۰. خدمت سربازی ۱. رفته ام <input type="checkbox"/> ۲. نرفته ام <input type="checkbox"/> ۳. دارای معافیت هستم <input type="checkbox"/> علت معافیت ذکر شود		

الف-۲) سابقه پزشکی فرد (توسط داوطلب تکمیل گردد)

بند ۱۱. کدامیک از مشکلات زیر را تاکنون داشته اید؟ ۱. اختلالات قلبی و عروقی <input type="checkbox"/> ۲. احساس خستگی مزمن <input type="checkbox"/> ۳. دردهای اسکلتی-عضلانی <input type="checkbox"/> ۴. ناراحتی های گوارشی <input type="checkbox"/> ۵. فشار خون بالا <input type="checkbox"/> ۶. سر درد دوره ای <input type="checkbox"/> ۷. دیابت (بیماری قند) <input type="checkbox"/> ۸. اختلال کارکرد تیروئید <input type="checkbox"/> ۹. کم خونی تایید شده <input type="checkbox"/> ۱۰. بالا بودن چربی خون <input type="checkbox"/> ۱۱. تشنج و صرع <input type="checkbox"/> ۱۲. آسم و سایر بیماری های مزمن تنفسی <input type="checkbox"/> ۱۳. کاهش شنوایی <input type="checkbox"/> ۱۴. بیماری های صعب العلاج (سرطان، ام اس، اچ ای وی و...) <input type="checkbox"/> ذکر شود..... ۱۵. مشکلات دستگاه ادراری (عفونت، سنگ و...) <input type="checkbox"/> ۱۶. سابقه عمل جراحی یا بستری شدن در بیمارستان <input type="checkbox"/> علت..... ۱۷. مشکلات مادرزادی <input type="checkbox"/> ذکر شود..... ۱۸. معلولیت <input type="checkbox"/> نوع و علت..... ۱۹- سابقه بیماری های عفونی (سل، هیپاتیت B, C, ایدز، تب مالت و...) <input type="checkbox"/> در صورت ابتلاء هر کدام ذکر کنید..... ۲۰. سابقه هیچکدام از بیماری های فوق را ندارم <input type="checkbox"/> ۲۱. آیا در دیدن رنگ ها مشکل دارید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
بند ۱۲. هنگام انجام فعالیت های بدنی دچار کدامیک از مشکلات زیر می شوید؟ ۱. درد قفسه سینه <input type="checkbox"/> ۲. سرگیجه <input type="checkbox"/> ۳. سرفه <input type="checkbox"/> ۴. تنگی نفس <input type="checkbox"/> ۵. هیچکدام <input type="checkbox"/>
بند ۱۳. آیا در حال حاضر تحت درمان با داروی خاصی هستید؟ ۱. بلی <input type="checkbox"/> ۲. خیر <input type="checkbox"/> نام دارو ها ذکر شود
بند ۱۴. آیا سابقه حساسیت به دارو یا غذای خاصی دارید؟ ۱. بلی <input type="checkbox"/> ۲. خیر <input type="checkbox"/> نام دارو ها ، علت و مدت استفاده ذکر شود.....



وزارت آموزش و پرورش

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع اداره کل امور اداری و تشکیلات

<p>بند ۱۵. آیا بدون تجویز پزشک دارویی مصرف می کنید؟ ۱. بلی <input type="checkbox"/> ۲. خیر <input type="checkbox"/></p> <p>اگر جوابتان مثبت است چه دارویی مصرف می کنید؟</p> <p>۱. آنتی بیوتیک <input type="checkbox"/> ۲. مسکن های ساده <input type="checkbox"/> ۳. دیابت (بیماری قند) <input type="checkbox"/> ۴. داروهای آرام بخش <input type="checkbox"/> ۵. داروهای نیروزا <input type="checkbox"/></p> <p>۶. سایر موارد <input type="checkbox"/> ذکر شود.....</p>
<p>بند ۱۶- آیا تاکنون سابقه ای از مصرف مواد مخدر (تریاک، هرویین، حشیش و....مواد محرک مثل شیشه، اکستازی) و.... داشته اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چه سالی..... و چه مدت.....؟ ذکر کنید.....</p>
<p>بند ۱۷- آیا تا کنون سابقه ای از مصرف سیگار، قلیان و یا پیپ داشته اید؟ ۱. بلی <input type="checkbox"/> ۲. خیر <input type="checkbox"/></p> <p>چه سالی..... و چه مدت..... آیا ادامه دارد؟ ۱. بلی <input type="checkbox"/> ۲. خیر <input type="checkbox"/></p>
<p>این سوال مخصوص خانم ها می باشد</p> <p>بند ۱۸- سابقه کدام مورد را داشته اید؟ اختلالات پرئود <input type="checkbox"/> موهای زاید صورت <input type="checkbox"/> بلوغ زودرس <input type="checkbox"/> بلوغ دیررس <input type="checkbox"/></p> <p>سابقه یا جراحی بیماری های رحمی <input type="checkbox"/> ناباروری <input type="checkbox"/> کیست های تخمدانی <input type="checkbox"/> توده یا ترشحات پستانی <input type="checkbox"/></p> <p>سایر موارد ذکر کنید.....</p>
<p>بند ۱۹- Rh و گروه خونی شما چیست؟.....</p>

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

<p>بند ۲۰- کدامیک از موارد زیر در خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) شما وجود دارد؟</p> <p>۱. فشار خون بالا <input type="checkbox"/> ۲. سابقه سکته قلبی زیر پنجاه سال <input type="checkbox"/> ۳. دیابت (بیماری قند) <input type="checkbox"/> ۴. سرطان <input type="checkbox"/> ۵. مصرف دخانیات (سیگار، پیپ، قلیان) <input type="checkbox"/> ۶. بالابودن چربی های خون <input type="checkbox"/> ۷. چاقی <input type="checkbox"/> ۸. بیماری های اعصاب و روان <input type="checkbox"/></p> <p>۹. بیماری های کلیوی <input type="checkbox"/> ۱۰. بیماری های روده ای (کولیت اولسرو، کرون) <input type="checkbox"/></p>
--

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

<p>بند ۲۱- آیا واکسیناسیون شما کامل انجام شده است؟</p> <p>۱. بلی <input type="checkbox"/> ۲. خیر <input type="checkbox"/> ۳. نمی دانم <input type="checkbox"/></p>
<p>بند ۲۲- آیا واکسن هپاتیت ب را دریافت کرده اید؟</p> <p>۱. بلی <input type="checkbox"/> ۲. خیر <input type="checkbox"/> ۳. نمی دانم <input type="checkbox"/></p>
<p>بند ۲۳- آیا در دوره دبیرستان واکسن توام (دیفتری، گزاز) دریافت کرده اید؟</p> <p>۱. بلی <input type="checkbox"/> ۲. خیر <input type="checkbox"/> ۳. نمی دانم <input type="checkbox"/></p>

الف- ۶) این قسمت توسط داوطلب به دقت مطالعه و تکمیل می گردد

(این نمون برگ توسط داوطلب و در حضور پزشک معاین تکمیل و امضا و تحویل پزشک معاین می گردد تا در پرونده پزشکی داوطلب نگهداری شود)



وزارت آموزش و پرورش

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع اداره کل امور اداری و تشکیلات

اینجانب..... نام پدر..... شماره شناسنامه..... شماره داوطلبی.....
در آزمون استخدام پیمانی سال ۱۳۹۸ رشته های مورد نیاز آموزش و پرورش ، 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 ای از تحصیل و استخدام، مانع پذیرفته شدن اینجانب خواهد شد .

نام و نام خانوادگی :

تاریخ:

اثر انگشت و امضاء داوطلب :



وزارت آموزش و پرورش

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع اداره کل امور اداری و تشکیلات

نمون برگ شماره ۴-ب

معاینات پزشکی :

(ب) - معاینات جسمی : (توسط پزشک)

ب-۱) قد ، وزن ، فشار خون

بند-۱. قد (به سانتیمتر)	وزن به کیلوگرم.....
بند -۲. فشار خون ۱- سیستول:..... ۲- دیا ستول:..... فشار خون بالا (۱۴۰/۹۰) و بالاتر) ۱. بلی <input type="checkbox"/> ۲. خیر <input type="checkbox"/>	

ب-۲) - اندازه گیری قدرت بینایی :

بند-۳. وضعیت بینایی چشم راست: (پس از اصلاح با عینک) ۱- ۱۰/۱۰ <input type="checkbox"/> ۲- کمتر از ۱۰/۱۰ <input type="checkbox"/>
بند-۴. وضعیت بینایی چشم چپ: (پس از اصلاح با عینک) ۱- ۱۰/۱۰ <input type="checkbox"/> ۲- کمتر از ۱۰/۱۰ <input type="checkbox"/>
بند ۵- وضعیت دید دو چشم: (پس از اصلاح با عینک) ۱- ۱۰+۱۶/۱۰ و بیشتر ۲- کمتر از ۱۰+۱۶/۱۰
بند-۶- با توجه به وضعیت بینایی مراجعه دانشجو به چشم پزشک توصیه می شود؟ ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>
بند-۷- آیا هر دو چشم سالم است ؟ اگر نه نام بیماری.....

ب-۳) - معاینه لثه و دندان ها :

بند ۹- وضعیت بهداشت دندان ها کدام گزینه است؟ ۱. بد <input type="checkbox"/> ۲. متوسط <input type="checkbox"/> ۳. خوب <input type="checkbox"/>
بند ۱۰- وضعیت بهداشت لثه ها کدام گزینه است؟ ۱. بیماری لثه (پیوره) <input type="checkbox"/> ۲. التهاب لثه <input type="checkbox"/> ۳. طبیعی <input type="checkbox"/>
بند ۱۱- تعداد دندان های پوسیده؟ صفر <input type="checkbox"/> عدد
بند ۱۲- تعداد دندان های پر شده به علت پوسیدگی؟ صفر <input type="checkbox"/> عدد
بند ۱۳- تعداد دندان های کشیده شده به علت پوسیدگی؟ صفر <input type="checkbox"/> عدد
بند ۱۳- با توجه به معاینات وضعیت دهان و دندان مراجعه داوطلب به دندانپزشک توصیه می شود؟ ۱. بلی <input type="checkbox"/> ۲. خیر <input type="checkbox"/>



وزارت آموزش و پرورش

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع اداره کل امور اداری و تشکیلات

نمون برگ شماره ۴-ج:

نمون برگ ارجاع به پزشک متخصص

عکس داروطلب

ممهور به مهر پزشک
معاین

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 اظهار نظر در خصوص موضوع ذیل معرفی می گردد، لطفاً نتایج
بررسی و اظهار نظر، 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 فوق الذکر، مورد بررسی و معاینه کامل قرار گرفت و نتایج به شرح ذیل
اعلام می گردد:

تاریخ، امضا و مهر پزشک متخصص:

•• مسئولیت و پاسخگویی به مراجع قانونی در خصوص مفاد اعلام نظر، با پزشک تایید کننده این فرم می باشد.



وزارت آموزش و پرورش

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع اداره کل امور اداری و تشکیلات

ب-۴) معاینات بدنی و بررسی های بالینی :

(همکار گرامی لطفاً پیش از معاینه، مروری بر شرح حال باربارا بیتزولیس، بیماری های ممنوع الاستخدام داشته باشید)

۱. پوست و مو:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	ذکر شود.....
۲. سر، صورت و گردن:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	ذکر شود.....
۳. چشم و پلک ها:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	ذکر شود.....
۴. دهان، گوش، حلق و بینی:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	ذکر شود.....
۵. بیماریهای عفونی:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	ذکر شود.....
۶. خون و غدد لنفاوی:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	ذکر شود.....
۷. قفسه سینه و پستان:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	ذکر شود.....
۸. قلب و عروق:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	ذکر شود.....
۹. ریه و تنفس:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	ذکر شود.....
۱۰. شکم، گوارش و مقعد:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	ذکر شود.....
۱۱. اندام تناسلی، کلیه ها و مجاری ادراری:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	ذکر شود.....
۱۲. مغز و اعصاب:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	ذکر شود.....
۱۳. اعصاب و روان:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	ذکر شود.....
۱۴. اندام فوقانی و تحتانی:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	ذکر شود.....
۱۵. بیماری های روماتولوژی، استخوان، مفاصل و عضلات:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	ذکر شود.....
۱۶. غدد و هورمون ها:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	ذکر شود.....
۱۷. معاینات زنان:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	ذکر شود.....



وزارت آموزش و پرورش

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع اداره کل امور اداری و تشکیلات

نمون برگ شماره (۴-۵)

معرفی داوطلب معلول به شورای پزشکی

شورای پزشکی درمانگاه فرهنگیان استان _____

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 و مقررات مربوط، بررسی و اظهار نظر نمایید.

نام و نام خانوادگی

معاون پژوهش، برنامه ریزی و منابع انسانی
امضاء و مهر

نام و نام خانوادگی

پزشک معتمد آموزش و پرورش
امضاء و مهر

بدین وسیله ویژگی های جسمانی آقای / خانم مورد بررسی این شورا قرار گرفت و اعلام می دارد: نامبرده دارای معلولیت ها و محدودیت های جسمانی برای تصدی رشته شغلی می باشد و بدین وسیله جهت بررسی و اعلام نظر معرفی می گردد.

نام و نام خانوادگی امضاء و مهر

با توجه به گزارش شورای پزشکی و تطبیق ویژگی های جسمانی داوطلب با توجه به شرایط احراز شغل بدین وسیله اعلام می دارد: آقای / خانم جهت احراز کد شغل محل
 الف) تایید می گردد.
 ب) به دلیل تایید نمی گردد.

امضاء

۱- نماینده سازمان بهزیستی استان

امضاء

۲- نماینده مدیریت آموزش و پرورش استثنایی استان

امضاء

۳- نماینده معاونت پژوهش و برنامه ریزی اداره کل آموزش و پرورش استان

امضاء

۴- نماینده امور اداری اداره کل آموزش و پرورش استان