جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش و پرورش

بسمه تعالی

شماره
تاریخ
پیوست

سال جهش تولید

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

نمون برگ شماره « ۱»

نمون برگ اعلام آمادگی برای انجام مصاحبه اختصاصی

احتراماً بدینوسیله ؛ اینجانب ..... فرزند ..... دارای کد ملی ..... به شماره داوطلبی ..... داوطلب بومی استان ..... در روز ..... مورخ ..... زمان مراجعه برای انجام مصاحبه تخصصی ضمن مطالعه دقیق واطلاع ازموارد ذیل وهمچنین مفاد اطلاعیه مورخ...../...../۱۳۹۹ سازمان سنجش آموزش کشور برای رشته های دارای شرایط خاص و شرایط وضوابط اختصاصی مندرج در دفترچه پیوست دفترچه شماره (۲) راهنمای انتخاب رشته های تحصیلی آزمون سراسری سال۱۳۹۹ ،متعهد وملتزم می شوم ضمن رعایت مفاد ذیل و شرایط وضوابط اعلام شده ازسوی آموزش وپرورش، چنانچه در ردیف پذیرفته شدگان نهایی دانشگاه فرهنگیان ویا دانشگاه تربیت دبیرشهیدرجایی قرارگیرم اقدام وادامه تحصیل نمایم:

۱- به این موضوع اشراف کا مل دارم که موفقیت درمصاحبه تخصصی وبررسی صلاحیت های عمومی به منزله قبولی فرد دردانشگاه فرهنگیان ودانشگاه تربیت دبیرشهیدرجایی تلقی نمی گردد. بلکه کلیه داوطلبان باید واجدشرایط مصاحبه تخصصی وبررسی صلاحیت های عمومی بوده ودرگزینش نهایی که براساس ضوابط،توسط سازمان سنجش آموزش کشور انجام می گردد، دارای نمره علمی نهایی بالاتر درمقایسه باسایر داوطلبان درکد رشته محل انتخابی نیز باشند.

۲- به موجب مادهٔ۷ قانون خدمت وظیفه عمومی مصوب ۶۳/۷/۲۹ و تکلیف مقرر درتبصره۱مادهٔ۶ قانون اصلاح موادی از وظیفه عمومی مصوب ۱۳۹۰/۹/۱۶ مجلس شورای اسلامی فارغ التحصیلان ذکور دانشگاههای وابسته به آموزش وپرورش قبل اشتغال بکار درآموزش وپرورش و صدور حکم استخدام رسمی – قطعی مکلف به گذراندن دوره آموزش رزم مقدماتی می باشند.درصورت عدم مراجعه برای گذراندن دوره آموزش رزم مقدماتی،بروز هرمشکلی درراستای تبدیل وضعیت استخدامی به عهده دانشجو خواهد بود.

۳- رشته های موردنیاز آموزش وپرورش درپردیس هاکه دانشجو معلمان آن برای تشکیل کلاس درمحل قبولی به حدنصاب لازم یعنی حداقل ۲۰ نفر نرسد سازمان مرکزی دانشگاه فرهنگیان می‌تواند به تشخیص خود نسبت به جابه جایی پذیرفته‌شدگان در پردیس های خود درسطح کشور اقدام نماید.

۴- موضوع اخذ تعهد و صدور احکام کارگزینی پذیرفته شدگان نهایی براساس منطقه محل خدمت تعیین شده دردفترچه شماره (۲) راهنمای انتخاب رشته های تحصیلی پس از طی مراحل قانونی وتایید مراجع ذیصلاح، ازمورخ ۱۳۹۹/۱۱/۱ به بعد خواهد بود.

۵- ازمعرفی شدگانی مصاحبه علمی – تخصصی به عمل خواهدآمد که دارای شرایط وضوابط مندرج در دفترچه پیوست دفترچه شماره (۲) راهنمای انتخاب رشته ها ی تحصیلی آزمون سراسری سال ۱۳۹۹ باشند. چنانچه درهرمرحله ازتحصیل مشخص شود که فاقد شرایط مزبور هستم از ادامه تحصیل محروم ومکلف به پرداخت هزینه ها خواهم بود.
برخی از شرایط دفترچه دارای نمره علمی کل ۶۵۰۰و بالاتر درزیرگروه ازمایشی مربوط ،داشتن حداقل معدل کل ۱۴دردوره متوسطه ی دوم ،داشتن حداکثر سن۲۴سال تمام (متولیدن ۱۳۷۵/۷/۱ به بعد) ،بومی بودن درکدرشته محل پذیرفته شده، برخورداری از سلامت کامل تن و روان و شرایط مناسب جسمانی برای حسن انجام وظیفه معلمی (توانایی گفتاری، قدرت بینایی ، قدرت شنوایی ،تناسب قد و وزن)

۶- متعهد وملتزم می شوم چنانچه غیر واجد شرایط فوق ویا دفترچه آزمون واطلاعیه ومقررات اعلام شده، باشم آموزش وپرورش ازبررسی صلاحیت های عمومی،بررسی ویژگیهای جسمانی، انجام مصاحبه اختصاصی،تحصیل ویا استخدام اینجانب جلوگیر نماید. و حسب مورد مکلف به پرداخت خسارت نیز خواهم بود.

۷- تغییر اولویت انتخابی، رشته وتغییر گرایش و همچنین تغییر سهمیه خدمتی تحت هرشرایط وفق ضوابط اعلام شده، مجاز نبوده و درطول تحصیل و بعداز فراغت ازتحصیل درخواستی دراین خصوص نخواهم داشت.

۸- مسئولیت ناشی از عدم رعایت دقیق ضوابط و شرایط اعلام شده به عهده اینجانب خواهدبود. تشخیص آموزش وپرورش در هریک موارد فوق، غیر قابل اعتراض بوده و دستگاه مزبور، حق اقدام قضایی و صدور اجرائیه درصورت تخلف علیه اینجانب را دارد.

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

۱۰- متعهد و ملتزم می شوم اگر جزء پذیرفته شدگان نهایی قرار گرفته و پس از ثبت نام در دانشگاه محل قبولی ، در صورت ترک تحصیل یا انصراف از تحصیل ممنوعیت از تحصیل، 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 هزینه های دوره تحصیلی را حسب اعلام آموزش و پرورش و دانشگاه محل تحصیل، حسب مورد به توسط آموزش و پرورش یا دانشگاه پرداخت نمایم. **نام ونام خانوادگی داوطلبتاریخ / امضاء واثر انگشت**

جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش و پرورش

بسمه تعالی

شماره
تاریخ
پیوست

سال جهش تولید

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

یک قطعه عکس
۴×۳
در این محل بچسبانید

نمون برگ شماره [۲]

گواهی می شود:

۱- اصل شناسنامه وکارت ملی آقای / خانم ..... فرزند ..... با کد ملی..... به شماره داوطلبی ..... مشاهده و مورد تطبیق قرار گرفت.

۲- تاریخ تولد ایشان روز ..... ماه..... سال ..... بوده و حائز شرط سنی تعیین شده یعنی حداکثر۲۴ سال تمام (متولدین ۱۳۷۵/۷/۱ به بعد) در شرایط و ضوابط مندرج دفترچه شماره (۲) راهنمای انتخاب رشته های تحصیلی داوطلبان دانشگاه فرهنگیان وتربیت دبیر شهید رجایی در سال ۱۳۹۹:

الف ـ می باشد ☐ ب ـ نمی باشد ☐

۳- اصل دیپلم و یا گواهی تأییدیه تحصیلی ایشان مورد بررسی قرار گرفت. معدل کل ایشان ☐ می باشد. به این ترتیب ایشان از حداقل معدل لازم برای تحصیل در دانشگاه فرهنگیان ودانشگاه تربیت دبیر شهیدرجایی برخوردار :

الف ـ می باشد ☐ ب ـ نمی باشد ☐

۴- باتوجه به شرایط وضوابط اعلام شده ،داوطلب حائزشرایط بومی استان می باشد ☐ نمی باشد ☐

۵- به دلیل عدم احراز شرط سن ☐ معدل ☐ بومی بودن ☐ حائز شرایط لازم برای انجام معاینه پزشکی نمی باشد.

۶- داوطلب نمون برگ مشخصات فردی مربوط به گزینش را قبلاً ازطریق پست پیشتاز تکمیل وارسال نموده است . بلی ☐ خیر ☐

۷- طبق مدارک ومستندات ارائه شده برای بخشنامه شماره۷۱۰/۳۴ مورخ ۱۳۹۲/۷/۲۹ از امتیازنخبگان برخوردارمی باشد ☐ نمی باشد ☐

۸- داوطلب نمون برگ شماره(۱) اعلام آمادگی برای انجام مصاحبه اختصاصی را تکمیل و تحویل نموده است. بلی ☐ خیر ☐

توجه: ضبط ونگهداری تصویر(شناسنامه، کارت ملی و اصل دیپلم)ویا گواهی تأیید شده که برابر اصل شده و نمون برگ های دستورالعمل در سوابق پرونده مصاحبه داوطلب الزامی است.

کارشناس بررسی مدارک و مستندات
نام و نام خانوادگی-امضا

مسئول پذیرش
نام و نام خانوادگی-امضا

۲۷/۹۰

جمهوری اسلامی ایران

وزارت آموزش و پرورش

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

باسمه تعالی

سال جهش تولید

شماره :

تاریخ:

پیوست :

عکس داوطلب

ممهور به مهر

نمون برگ شماره [۳]

نمون برگ اعلام آمادگی برای انجام معاینات پزشکی

الف : اطلاعات مربوط به وضعیت جسمانی داوطلب بر اساس اظهارات خویش :

۱	دیابت	دارد		ندارد		۹	لوسیمی (سرطان)	دارد		ندارد	
۲	سیروز کبدی	دارد		ندارد		۱۰	کم خونی شدید مقاوم به درمان	دارد		ندارد	
۳	آسم	دارد		ندارد		۱۱	تالاسمی ماژور	دارد		ندارد	
۴	نارسایی کلیه	دارد		ندارد		۱۲	صرع	دارد		ندارد	
۵	بیماری های پیشرفته قلبی	دارد		ندارد		۱۳	افسردگی	دارد		ندارد	
۶	اسکروز آن پلاک	دارد		ندارد		۱۴	اضطراب	دارد		ندارد	
۷	پاکینسون	دارد		ندارد		۱۵	اعتیاد به مواد مخدر، دخانیات و الکل	دارد		ندارد	
۸	جذام	دارد		ندارد							

اینجانب ..... شماره شناسنامه ..... نام پدر .....شماره داوطلبی ..... در آزمون سراسری سال ۱۳۹۹ رشته های مورد نیاز آموزش و پرورش موارد قید شده در نمون برگ های مربوط به ویژگی های جسمانی و معاینات پزشکی 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 هر گونه موارد نادرست و یا کتمان حقیقت در هر مرحله ای از تحصیل و استخدام مانع پذیرفته شدن اینجانب خواهد شد. و از کلیه شرایط و ضوابط اعلام شده اطز سوی آموزش و پرورش در دفترچه آزمون و اطلاعیه مربوط و همچنین ضوابطی که در زمان انجام بررسی ویژگی های جسمانی اعلام خواهد شد؛ آگاهی کامل داشته و متعهد و ملتزم می شوم که مطابق ضوابط آموزش و پرورش عمل نمایم.

تاریخ تکمیل ..... امضاء و اثر انگشت داوطلب

مسئول پذیرش

نام و نام خانوادگی :

مهر و امضاء :

جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش و پرورش

بسمه تعالی

شماره
تاریخ
پیوست

سال جهش تولید

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

نمون برگ شماره ۴– الف

الف– خود اظهاری و سوابق بیماری (توسط داوطلب)

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

بند.۱نام 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 مدرسه ای که تحصیل کرده اید :	
بند۷. گروه ازمایشی معرفی 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 ۱۱. کدامیک از مشکلات زیر را تاکنون داشته اید؟

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

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

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

۱۳. کاهش شنوایی ☐ ۱۴.بیماری های 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 بیماری های فوق را ندارم ☐ ۲۱. آیا در دیدن رنگ ها مشکل دارید؟ بله ☐ خیر ☐

بند ۱۲. هنگام انجام فعالیت های بدنی دجار کدامیک ازمشکلات زیر می شوید؟

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

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

۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ نام دارو ها ذکر شود....

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

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

کد ۱۲
۲۹/۹۰

سال جهش تولید

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

بند ۱۵. 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. مسکن های ساده ☐ ۳.دیابت(بیماری قند) ☐ ۴. داروهای آرامبخش ☐ ۵.داروهای نیرو زا ☐ . ۶. سایر موارد ☐ ذکر شود.....
بند ۱۶-آیاتاکنون سابقه ای از مصرف مواد مخدر (تریاک، هرویین، حشیش و....وموادمحرک مثل شیشه،اکستازی) و....داشته اید ؟ خیر ☐ بلی ☐ چه سالی .....و چه مدت .....؟ذکر کنید .....
بند ۱۷- 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 ☐
بند ۱۸-گروه خونی وRH شماچیست؟.....

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

بند۱۹- 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 چربی های خون ☐ ۷.بیمارهای اعصاب و روان ☐ ۸. بیماری های کلیوی ☐ ۱۰.بیماری های روده ای (کولیت اولسرو، کرون) ☐

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

بند۲۰. آیا واکسیناسیون شما کامل انجام شده است؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ ۳. نمی دانم ☐
بند۲۱.آیا واکسن هپاتیت ب را دریافت کرده اید؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ ۳. نمی دانم ☐
بند۲۲. 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

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

تاریخ تکمیل ..... امضاء واثر انگشت داوطلب

بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش و پرورش

سال جهش تولید

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

نمون برگ شماره ۴-ب

ب)- معاینات جسمی :(توسط پزشک)

ب-۱) قد ، وزن ، فشار خون ، BMI

بند-۲۳.قد(به سانتیمتر)	بند-۴۳. وزن به کیلوگرم.....BMI .....
بند -۲۴.فشار خون ۱- سیستول:.....۲- دیا ستول:..... فشار خون بالا(۱۴۰/۹۰ و بالاتر) ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐	

ب-۲)- اندازه گیری قدرت بینایی :

بند-۲۵. وضعیت بینایی چشم راست: (بدون عینک) ۱- ۱۰/۱۰ ☐ ۲- ۹/۱۰ ☐ ۳- ۸/۱۰ و کمتر ☐
بند-۲۶. وضعیت بینایی چشم چپ: (بدون عینک) ۱- ۱۰/۱۰ ☐ ۲- ۹/۱۰ ☐ ۳- ۸/۱۰ و کمتر ☐
بند-۲۷. با توجه به وضعیت بینایی مراجعه دانشجو به چشم پزشک 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:

بند۳۰- وضعیت بهداشت دندان هاکدام گزینه است؟ ۱. بد ☐ ۲. متوسط ☐ ۳.خوب ☐
بند۳۱- وضعیت بهداشت لثه هاکدام گزینه است؟ ۱. بیماری لثه(پیوره) ☐ ۲. التهاب لثه ☐ ۳.طبیعی ☐
بند۳۲-با توجه به معاینات وضعیت دهان و دندان مراجعه دانشجو به دندانپزشک توصیه می شود؟۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐

سال جهش تولید

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

ب-۴) معاینات بدنی و بررسی های بالینی :

بند ۳۳- بررسی های بالینی

(همکار گرامی لطفاً پیش از معاینه، مروری بر شرح حال باربارا بیتزولیست بیماری های 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 وغدد لنفاوی: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ،ذکر شود.....
۷.قفسه سینه وپستان :طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ،ذکر شود.....
۸.قلب و عروق طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ،ذکر شود.....
۹.ریه وتنفس : طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ،ذکر شود.....
۱۰. سیستم گوارشی : طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ،ذکر شود.....
۱۱.سیستم کلیه ها ومجاری ادراری- تناسلی : طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ،ذکر شود.....
۱۲.مغز واعصاب : طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ،ذکر شود.....
۱۳.اعصاب وروان : طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ،ذکر شود.....
۱۴.اندام فوقانی وتحتانی : طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ،ذکر شود.....
۱۵.بیماری های روماتولوژی ،استخوان ،مفاصل وعضلات : طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ،ذکر شود.....
۱۶.غدد وهورمون ها : طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ،ذکر شود.....
۱۷.معاینات زنان : طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ،ذکر شود.....

جمهوری اسلامی ایران

وزارت آموزش و پرورش

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

باسمه تعالی

سال جهش تولید

شماره :

تاریخ:

پیوست :

ب – ۵) نتیجه نهایی معاینات پزشکی

بند ۳۴ – اظهار نظر نهایی پزشک معاین

ردیف	شرح موارد بررسی	نتیجه				ردیف	شرح موارد بررسی	نتیجه			
۱	انحراف چشم	دارد		ندارد		۱۲	اشکال در راه رفتن	دارد		ندارد	
۲	دید دو چشم با استفاده از عینک	دارد		ندارد		۱۳	لرزش در اندام ها	دارد		ندارد	
۳	دید چشم راست با استفاده از عینک	دارد		ندارد		۱۴	چاقی یا لاغری مفرط	دارد		ندارد	
۴	دید چشم چپ با استفاده از عینک	دارد		ندارد		۱۵	تیک عصبی	دارد		ندارد	
۵	سمعک	دارد		ندارد		۱۶	ناموزونی در حرکات بدن	دارد		ندارد	
۶	حداقل ۴۰ دسی بل شنوایی در گوش راست	دارد		ندارد		۱۷	لکنت زبان	دارد		ندارد	
۷	حداقل ۴۰ دسی بل شنوایی در گوش چپ	دارد		ندارد		۱۸	اشکال در ادای کلمات و حروف	دارد		ندارد	
۸	عفونت گوش	دارد		ندارد		۱۹	نقص عضو و یا ایراد آشکار جسمی	دارد		ندارد	
۹	سوختگی در صورت	دارد		ندارد		۲۰	تناسب اندام	دارد		ندارد	
۱۰	ماه گرفتگی در صورت	دارد		ندارد		۲۱	وزن (تناسب وزن با حداقل قد)				**کیلو گرم**
۱۱	ریزش کامل مو در صورت و سر	دارد		ندارد		۲۲	قد (بر اساس مصوبه ستاد استانی)				**سانتی متر**

جمهوری اسلامی ایران

وزارت آموزش و پرورش

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

باسمه تعالی

سال جهش تولید

شماره :

تاریخ:

پیوست :

عکس دانشجو

ممهور به مهر پزشک معاین

نمون برگ شماره ۴– د :

اظهار نظر پزشک در پایان مرحله اول معاینات

آقا / خانم .....

کد ملی ..... استان ..... مرکز مجری مصاحبه .....

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

۲. از نظر جسمی و روانی توانایی کار کعلمی را به دلایل ذیل : ☐

.....

..... ندارد.

تاریخ ، امضاء و مهر

پزشک معتمد آموزش و پرورش

****مسئولیت و پاسخگویی به مراجع قانونی در خصوص عدم رعایت ضوابط و مفاد لیست بیماری هایی که ممنوعیت استخدام در آموزش و پرورش را دارند، بر عهده پزشک تایید کننده این فرم می باشد.**

تذکر (۱) : صدور نمون برگ شماره ۴ – ج (نمون 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.

تذکر (۲) : تشکیل پرونده و اخذ تعهد محضری و صدور حکم استخدام رسمی – آزمایشی مشروط به سالم بودن در آزمایشات بدو استخدام می باشد.

جمهوری اسلامی ایران

وزارت آموزش و پرورش

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

باسمه تعالی

سال جهش تولید

شماره :

تاریخ:

پیوست :

دستور العمل فاصله گذاری اجتماعی و الزامات سلامت در گزینش و مصاحبه دانشجو معلمان متعهد خدمت

پیوست ها

پیوست ۱ : فرم خود اظهاری کارکنان و داوطلبان آزمون

اینجانب ..... دارای کد ملی به شماره ..... شاغل..... دارای عنوان شغلی ..... اظهار می نمایم :

۱- در سه روز اخیر علائم زیر را نداشته ام :

☐تب ☐لرز ☐سرفه ☐نگی نفس ☐گلو درد ☐ن درد ☐حساس خستگی و ضعف ☐درد با احساس سنگینی در قفسه سینه

۲- سابقه تماس نزدیک (فاصله کمتر از ۲ متر) با فرد مبتلا به کووید -۱۹ (کرونا ویروس) در دو هفته اخیر را نداشته ام :

- مراقبت مستقیم فردی از افراد خانواده بیمار مشکوک / محتمل / قطعی کووید -۱۹ کرده است ☐
- هر گونه تماس شغلی با فرد مبتلا به کووید - ۱۹ در فضای بسته مشترک (تماس بیش از ۱۵ دقیقه در فاصله کمتر از ۲ متر)☐
- همسفر بودن با فرد مبتلا به کووید -۱۹ در وسیله نقلیه مشترک☐

۳- اطلاعات سلامت و علائم تنفسی خود را در سامانه salamat.gov.ir ثبت کرده ام.☐

۴- اینجانب ..... به کد ملی ..... تعهد می نمایم در صورت بروز هر گونه علائم تنفسی فوق، مراتب را به مرکز مجری مصاحبه / گزینش اطلاع دهم و نیز گواهی می کنم مجددا در سامانه salamat.gov.ir ثبت نام نمایم و پاسخ کلیه پرسش ها را با هوشیاری، دقت و صداقت ثبت کرده ام و هر گونه عواقب ناشی از پاسخ نادرست و خلاف واقع، به عهده اینجانب می باشد.

نام و نام خانوادگی　　تاریخ　　امضا