



وزارت آموزش و پرورش

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

مرکز برنامه ریزی منابع انسانی و امور اداری

اعلام آمادگی برای انجام معاینات پزشکی و مصاحبه استخدامی

اداره کل آموزش و پرورش استان گردستان

نمون برق شماره (۳)

احتراماً؛ اینجانب..... فرزند..... باکدملی..... از معرفی شدگان چند
برابر ظرفیت آزمون استخدامی سال ۱۳۹۹ می باشم که با علم و آگاهی کامل و مطالعه دقیق مفاد اطلاعیه مورخ ۱۳۹۹/۷/۱۴ سازمان
سنجه آموزش کشور در باره آزمون استخدامی وزارت آموزش و پرورش سال ۱۳۹۹ در هشتمین آزمون استخدامی مرکز دستگاه های
اجرایی کشور و اطلاع از موارد ذیل، برای شرکت در مرافق مصاحبه استخدامی اقدام نمایم. براین اساس، از کلیه شرایط و ضوابط اعلام شده
ازسوی آموزش و پرورش در اطلاعیه مذبور و همچنین ضوابطی که در زمان انجام بررسی ویژگی های جسمانی و مصاحبه استخدامی اعلام
خواهد شد؛ آگاهی کامل داشته و متعهد و متلزم می شویم 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. تشخیص آموزش و پرورش در هر یک از موارد ذیل غیر قابل اعتراض بوده و
دستگاه مذبور حق اقدام قضایی و صدور اجرائیه علیه اینجانب را دارد.

- ۱- با توجه به اینکه گزینش نهایی براساس مجموع نمره فضلی 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 ضوابط خواهد بود که آموزش و پرورش در زمان بررسی ویژگی های جسمانی اعلام می نماید.
- ۳- به استناد مجوز شماره ۹۳۱۶۷/۲/۳۱-۹۳۹۹/۲/۳۱ داشتگاه فرهنگیان (برای رشته های شغلی: دبیر، آموزگار، مربي امور تربیتی، مراقب سلامت...) و داشتگاه تربیت دبیر شهید رجایی (برای رشته های
دانشگاه فرهنگیان (برای رشته های شغلی: دبیر، آموزگار، مربي امور تربیتی، مراقب سلامت...) و داشتگاه تربیت دبیر شهید رجایی (برای رشته های
شغلی: هنرآموز و استاد کار) و موفقیت در آزمون جامع می باشم. مضارفاً، براین موضوع واقفم که تعیین محل گذراندن دوره یکساله مهارت آموزی به
عهده داشتگاه های مذبور خواهد بود. بنابراین، در صورت قبولی نهایی حق هیچ گونه درخواستی برای تغییر محل گذراندن دوره یکساله آموزی، تحت
هر شرایطی اعم تأهل، تکلف، بیماری، دوری مسافت و... را ندارم. لازم به ذکر است دوره یکساله مهارت آموزی یکبار برگزار خواهد شد.
- ۴- وفق ضوابط اعلام شده بخشی از هزینه های مصاحبه استخدامی و معاینات پزشکی و همچنین برگزاری دوره یکساله مهارت آموزی (خدمات آموزشی و
رفاهی)، بر عهده 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 مذبور ازسوی
دانشگاه های مجری دوره، اعلام خواهد شد. بنابراین متعهد و ملتزم می شویم چنانچه جزء قبول شدگان نهایی قرار گیرم ضوابط و مقررات اعلام شده از
سوی داشتگاه مجری دوره مذبور 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 به
منزله انصراف از استخدام تلقی شده و بعد از هیچ گونه حق استخدامی برای اینجانب ایجاد نخواهد کرد. حسب مورد مکلف به پرداخت هزینه های مربوط که
ازسوی آموزش و پرورش اعلام خواهد شد نیز می باشم.
- ۷- تغییر منطقه محل خدمت، بعد از قبولی در آزمون و قبل از اشتغال به کار، تحت هیچ شرایطی مجاز نخواهد بود؛ بعد از اشتغال به کار نیز، تابع ضوابط و
مقررات نقل و انتقال فرهنگیان رسمی و پیمانی خواهد بود.
- ۸- متعهد و ملتزم می شویم اگر جزء 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 انفصال از خدمت، استکاف از استخدام، عدم استخدام ناشی از تقصیر، ترک خدمت،
بازخرید نمودن و بطور کلی در صورت فراهم نمودن موجبات عدم ایغای تمام یا قسمتی از خدمت مورد تعهد، مکلف خواهم بود مبلغ ۱۵۰ میلیون ریال و دو
برابر هزینه های دوره یکساله مهارت را حسب اعلام آموزش و پرورش و داشتگاه محل گذراندن دوره مذبور را، حسب مورد به آموزش و پرورش یا داشتگاه
پرداخت نمایم.

نام و نام خانوادگی داوطلب / اثناًنگشت و امضاء



وزارت اموزش و پرورش

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

مرکز برنامه ریزی منابع انسانی و امور اداری

محترم

نمونه برگ شماره ۴-الف

خود اظهاری و سوابق بیماری (توسط داوطلب)

الف-۱) مشخصات عمومی داوطلب: لازم به ذکر است محتويات اين پرسشنامه و معایينات کاملاً محترم انه می باشد

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

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

بنده ۱۱. کدامیک از مشکلات زیر را تاکنون داشته اید؟	<input type="checkbox"/> 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. تشنجه 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...) ذکر شود..... <input type="checkbox"/> ۱۵. مشکلات دستگاه ادراری(عفونت، سنگ و...) <input type="checkbox"/> ۱۶. سابقه عمل جراحی یا بستری شدن در بیمارستان <input type="checkbox"/> علت.... <input type="checkbox"/> ۱۷. مشکلات مادرزادی <input type="checkbox"/> ذکر شود.... <input type="checkbox"/> ۱۸. معلولیت <input type="checkbox"/> نوع و علت....
۱۹- سابقه بیماریهای عفونی (سل، هپاتیت C, ایدز، تب مالت و...) در صورت ابتلاء هر کدام ذکر کنید.....	<input type="checkbox"/>
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"/>	
بنده ۱۲. هنگام انجام فعالیت های بدنی دچار کدامیک از مشکلات زیر می شوید؟	<input type="checkbox"/> 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"/>
بنده ۱۳. آیا در حال حاضر تحت درمان با داروی خاصی هستید؟	<input type="checkbox"/> ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> نام دارو ها ذکر شود....
بنده ۱۴. آیا سابقه حساسیت به دارو یا غذای خاصی دارید؟	<input type="checkbox"/> ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> نام دارو ها، علت و مدت استفاده ذکر شود....



وزارت آموزش و پرورش

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

مرکز برنامه ریزی منابع انسانی و امور اداری

- بند ۱۵. آیا بدون تجویز پزشک دارویی مصرف می کنید؟ ۱. خیر ۲. بله
اگر جوابتان مثبت است چه دارویی مصرف می کنید؟
۱. آنتی بیوتیک ۲. مسکن های ساده ۳. دیابت(بیماری قند) ۴. داروهای آرام بخش ۵. داروهای نیرو زا ۶. سایر
موارد ذکر شود.....

- بند ۱۶- آیاتاکنون سابقه ای از مصرف مواد مخدر (تریاک، هروئین، حشیش و... و موادمحرك مثل شیشه، اکستازی) و.... داشته اید؟ خیر بله 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. بله
چه سالی و چه مدت آیا ادامه دارد؟ ۱. خیر ۲. بله

این سوال مخصوص خانم ها می باشد

- بند ۱۸- سابقه کدام مورد را داشته اید؟ اختلالات پریود موهای زاید صورت بلوغ زودرس بلوغ دیررس
سابقه یا جراحی بیماریهای رحمی کیست های تخدمانی توده یا ترشحات پستانی سایر موارد ذکر کنید.....

- بند ۱۹- گروه خونی و Rh شما چیست؟.....

الف-۳) سابقه پزشگی خانواده (توسط داوطلب تکمیل گردد)

- بند ۲۰- 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. چاقی ۸. بیمارهای اعصاب و روان ۹. بیماری های کلیوی
۱۰. بیماری های روده ای (کولیت اولسره، کرون)

الف-۴) وضعیت اینمنی سازی (توسط داوطلب تکمیل گردد)

- بند ۲۱. آیا واکسیناسیون شما کامل انجام شده است؟

۱. خیر ۲. بله ۳. نمی دانم

- بند ۲۲. آیا واکسن هپاتیت ب را دریافت کرده اید؟

۱. خیر ۲. بله ۳. نمی دانم

- بند ۲۳. آیا در دوره دبیرستان واکسن توام(دیفتتری، کزان) دریافت کرده اید؟

۱. خیر ۲. بله ۳. نمی دانم



وزارت آموزش و پرورش

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

مرکز برنامه ریزی منابع انسانی و امور اداری

الف-۵) این قسمت توسط داوطلب به دقت مطالعه و تکمیل میگردد

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

* * اینجانب شماره شناسنامه نام پدر
 شماره داوطلبی در هشتمین آزمون استخدام مرکز
 دستگاههای اجرای سال ۱۳۹۹ رشتههای 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 :



محرمانه

وزارت آموزش و پرورش
معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع
مرکز برنامه ریزی منابع انسانی و امور اداری

نمون برگ شماره ۴-ب

معایینات پزشک:

ب) - معاینات جسمی: (توسط پزشک)

ب-۱) قد، وزن، فشار خون ، BMI

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

ب-۲)- اندازه گیری قدرت بینایی :

بند-۳- وضعیت بینایی چشم راست: (بعداز اصلاح با عینک) ۱- ۱۰/۱۰ ۲- ۹/۱۰ ۳- ۸/۱۰ و کمتر <input type="checkbox"/>
بند-۴- وضعیت بینایی چشم چپ: (بعداز اصلاح با عینک) ۱- ۱۰/۱۰ ۲- ۹/۱۰ ۳- ۸/۱۰ و کمتر <input type="checkbox"/>
بند-۵- با توجه به وضعیت بینایی مراجعه داوطلب به چشم پزشک توصیه می شود؟ ۱- خیر <input type="checkbox"/> ۲- بله <input type="checkbox"/>
بند-۶- آیا هر دو چشم سالم است؟ اگر نه نام بیماری.....
بند-۷- اگر از عینک استفاده می کنید؟ شماره چشم چپ راست آستیگماتیسم: راست چپ

ب-۳)- معاینه لثه و دندان ها:

بند-۸- وضعیت بهداشت دندان ها کدام گزینه است؟ ۱. بد <input type="checkbox"/> ۲. متوسط <input type="checkbox"/> ۳. خوب <input type="checkbox"/>
بند-۹- تعداد دندان های کشیده شده به علت پوسیدگی؟ عدد صفر <input type="checkbox"/>
بند-۱۰- با توجه به معاینات وضعیت دهان و دندان مراجعه داوطلب به دندانپزشک توصیه می شود؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بله <input type="checkbox"/>



ب-۴) معاينات بدنی و بررسی های بالینی :

(همکار گرامی لطفاً پیش از معاينه، مروری بر شرح حال باربارا بیتزولیست بیماری های ممنوع الاستخدام داشته باشد)

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