

بسمه تعالیٰ

فرم اطلاعات فردی

فرم شماره (۱۳۰-۸۷-ه-ع) هیأت عالی گزینش

هیأت مرکزی گزینش وزارت آموزش و پرورش
هسته گزینش استان چهار محال و بختیاری

اینجانب

با توجه به ضرورت و نیاز گزینش به انجام تحقیق و بررسی، متعهد می‌شوم تمامی موارد خواسته شده در پرسشنامه را صادقانه و در صورت لزوم با ارائه مدارک مستند به طور کامل و خوانا بنویسم تا با استفاده از آن بررسی های لازم به منظور احراز صلاحیت انجام گیرد.
لذا در صورت ارائه اطلاعات غیر صحیح، گزینش می‌تواند مطابق ضوابط تصمیم لازم را اتخاذ نماید.

امضاء/تاریخ:

تذکرہ: لطفاً در صورت عدم ارتباط اطلاعات خواسته شده در هر محور جاهای خالی را باخط تیره (-) علامت گذاری کنید.

کد ملی (د) (رقم)

نام:

نام خانوادگی:

جنسیت:	<input type="checkbox"/> مرد	<input type="checkbox"/> زن							
مذهب:	دين	تابعیت	ملیت	نام مستعار	نام خانوادگی قبلی	محل تولد	تاریخ تولد	محل صدور	شماره شناسنامه
وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> متارکه <input type="checkbox"/> فوت همسر <input type="checkbox"/> تعداد فرزندان				نوع معافیت <input type="checkbox"/> مشمول <input type="checkbox"/> معاف					
انجام خدمت سربازی از سال تاسال واحد و نشانی محل خدمت :									

نام و نام خانوادگی پدر:	شغل:	تحصیلات:	نشانی و تلفن محل کار:
نام و نام خانوادگی همسر داوطلب:	شغل:	تحصیلات:	نشانی و تلفن محل کار:

توضیحات: در صورت وجود وقفه با اصراف تحصیلی علت را توضیح نهاد.	نام و نشانی موسسه یا دانشگاه	سال پایان	سال شروع	رشته تحصیلی	مدرک تحصیلی
					زیر دiplom
					diplom
					متوسطه پیش دانشگاهی
					فوق دiplom /سطح احوزه
					لیسانس /سطح احوزه
					فوق لیسانس /خارج فقه و اصول
					دکترا / اجتهاد
					دکترای تخصصی / فوق دکترا

لطفاً آخرین مدرک تحصیلی و دو مقطع قل از آن را در جدول درج نمایید و اگر تحصیلات حوزوی دارید که حوزوی و نیز حضوری یا غیر حضوری بودن تحصیلات را در قسمت توضیحات درج نماید.

نام رشته علمی، فرهنگی و ورزشی (شهرستان، استان، کشور یا بین الملل)	سطح برگزاری	مقام کسب شده	دستگاه برگزار کننده	سال کسب مقام
--	-------------	--------------	---------------------	--------------

در صورت کسب مقام مدارک لازم راضمیمه فرماید.

نام اداره یامحل کار	نوع کاروسمت	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	علت تعییر شغل	استان/ شهرستان	نشانی و تلفن محل کار

چنانچه خود یا بستگان درجه یک شما سابقه بازداشت یا محکومیت سیاسی یا کیفری در مراجع قضایی داشته، یا شما محکومیت درهیات های رسیدگی به تخلفات اداری دارید جدول زیر را کامل کنید.

نام و نام خانوادگی	مرجع صادر کننده رأی	علت محکومیت	تاریخ محکومیت	نوع و میزان محکومیت

چنانچه تاکنون در دستگاه های دولتی مراحل گزینش را طی کرده اید جدول زیر را کامل کنید:

نام دستگاه	نام هسته گزینش	تاریخ ثبت نام	استان	نتیجه گزینش	در صورت عدم پذیرش علت را بنویسید

شماره تماس ضروری: تلفن ثابت

تلفن همراه

تلفن رابط

پیش شماره

مدت اقامت		سازمان اعزام کننده	مسئولیت در سفر	نام کشور	نوع مسافرت (اموریت، زیارت، تفریح و...)	فاخر گشود
تا	از					

<input type="checkbox"/>	به صورت سربازی	<input type="checkbox"/>	خدمت داوطلب	<input type="checkbox"/>	ماه	مدت حضور در جبهه:
<input type="checkbox"/>	جانباز	<input type="checkbox"/>	در صد جانبازی	<input type="checkbox"/>	آزاده	مدت اسارت
<input type="checkbox"/>	خانواده ایشارگران	<input type="checkbox"/>	نوع ایشارگری	<input type="checkbox"/>	نسبت با ایشارگر

در صورت داشتن سوابق ایشارگری مدارک لازم راضمیمه فرماید

سوابق فعالیت های سیاسی، اجتماعی (نهاد های انقلابی، بسیج، امور عام المنفعه و...) خود را در جدول زیر بنویسید.

ردیف	نام نهاد یا...	نوع همکاری	از تاریخ	تاتاریخ	نام مسئول	علت ترک فعالیت	نشانی و تلفن محل فعالیت

مشخصات افرادی از محل تحصیل، کار و سکونت خود را در جدول زیر بنویسید تا در صورت لزوم به آنان مراجعه شود، این افراد باید: ۱- از معاشرین و دوستان صمیمی شما باشند- ۲- در محل تحصیل از هم دوره ای های شما باشند- ۳- در محل سکونت از افراد متدين باشند- ۴- حتی المقدور از نظر سنجی، جنسیت و تحصیلات با شما سختی داشته باشند- ۵- از خوشنودان درجه یک شما نباشند.

ردیف	نام	نام خانوادگی	شغل	مدت آشنايی	محل آشنايی	نشانی دقیق و شماره تلفن

نشانی دقیق محل سکونت خود را در ده سال اخیر در جدول زیر بنویسید:

استان	شهر	نام خانوادگی	نام	ردیف	شاغل	مدت آشنايی	محل آشنايی	نشانی دقیق و شماره تلفن	تلفن	نحوه سکونت	با خانواده	مجردی	
													فعلی
													قبلی
													قبلی

↑ شمال	کروکی نشانی آخرین محل سکونت قبلی (خیابان اصلی نوشته شود)	↑ شمال	کروکی نشانی محل سکونت فعلی (خیابان اصلی نوشته شود)
--------	--	--------	--

خواهشمند است زندگینامه خود را در زمینه های خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی و... به طور مختصر در کادر زیر بنویسید:

--

امضاء:

تاریخ تکمیل :

می باشد .

صحت مندرجات فوق مورد تأیید اینجانب

پیوست ها

پیوست ۱: فرم خوداظهاری کارکنان و داوطلبان آزمون

اینجانب دارای کد ملی به شماره اظهار می نمایم:
متلا ب بیماری کووید-۱۹- می باشم نمی باشم پاسخ فوق را با هوشیاری و صداقت ثبت کرده
و هرگونه عاقب ناشی از پاسخ نادرست و خلاف واقع به عهده اینجانب می باشد.

امضا

تاریخ

نام و نام خانوادگی

۱- در سه روز اخیر عالم زیر را نداشته‌ام:

اتب لرز سرفه تنگی نفس گلودرد بدن درد احساس خستگی و ضعف درد
یا احساس سنتگینی در قفسه سینه

۲- سابقه تماس نزدیک (فاصله کمتر از ۲ متر) با فرد متلا به کووید-۱۹ (کرونا ویروس) در دو هفته
آخر را نداشته‌ام:

- مراقبت مستقیم فردی از افراد خانواده بیمار مشکوک / محتمل / قطعی کووید-۱۹ کرده است

- هر گونه تماس شغلی با فرد متلا به کووید-۱۹ در فضای بسته مشترک (تماس بیش از ۱۵ دقیقه در فاصله
کمتر از ۲ متر)

- همسفر بودن با فرد متلا به کووید-۱۹ در وسیله نقلیه مشترک

۳- اطلاعات سلامت و عالم تنفسی خود را در سامانه salamat.gov.ir ثبت کرده‌ام

اینجانب به کد ملی تعهد می نمایم در صورت بروز هرگونه عالم تنفسی فوق، مراتب را
به مراکز مجری مصاحبه / گزینش اطلاع دهم و نیز گواهی می کنم مجددا در سامانه salamat.gov.ir ثبت
نام نمایم و پاسخ کلیه پرسش‌ها را با هوشیاری، دقت و صداقت ثبت کرده‌ام و هرگونه عاقب ناشی از پاسخ
نادرست و خلاف واقع، به عهده اینجانب می باشد.

امضا

تاریخ

نام و نام خانوادگی

بررسی

«فرم اسناد محل سکونت جهت استخراج اسنادی و سخاوهای اجرایی کشور»

اینجانب فرزند کد ملی از مطلعین و معتمدین محل تقاضا دارم که

شهرستان محل سکونت فعلی و مدت سکونت اینجابت را گواهی نمایند.

با تشکر

امضا و اثر انگشت

اینجانب امضاء گشته گان ذیل گواهی می نمایم که نامبرده بالا در حال حاضر در بخش شهرستان ساکن بوده و مدت سال ماه تیز در این شهرستان سکونت داشته است.

اینجانب به کد ملی صحبت مراتب فوق را گواهی می نمایم. امضا و اثر انگشت

اینجانب به کد ملی امضا و اثر انگشت صحبت مراتب فوق را گواهی می نمایم.

اینجانب به کد ملی امضا و اثر انگشت صحبت مراتب فوق را گواهی می نمایم.

این قسمت توسط نیروی انتظامی (پاسگاه یا کلانتری محل) تکمیل گردد.

موارد فوق مورد تایید این می باشد.

محل مهر- امضا

پاسگاه یا کلانتری محل

تذکرات مهم :

۱- تکمیل این فرم برای تمامی داوطلبان بومی شهرستانی که مقاضی استفاده از اولویت استخدام به لحاظ ساکن بودن با سابقه حداقل ده سال سکونت می باشد، الزامی است.

۲- داوطلبان بومی شهرستانی که دارای سوابق تحصیلی در مقاطع ابتدایی، راهنمایی و یا دبیرستان در شهرستان مورد تقاضا باشند، با تایید اداره آموزش و پرورش شهرستان مربوطه صرفاً می توانند از آن برای احراز تمام و یا قسمتی از سوابق ده سال سکونت در شهرستان مورد تقاضا بهره مند گردند و تکمیل این فرم برای احراز سکونت فعلی آنان در شهرستان مورد نظر، الزامی می باشد.

۳- چنانچه مقاضی برای تایید سابقه حداقل ده سال سکونت خود در شهرستان مورد تقاضا، در بیش از یک بخش از شهرستان مربوطه سکونت داشته باشد، می تواند از یک نسخه دیگر از این فرم نیز برای این منظور استفاده کند.

۴- این فرم صرفاً جهت بهره مندی داوطلبان مقاضی استفاده از اولویت بومی شهرستانی (به جز شهرستان تهران و مراکز استان ها) در آزمون های استخدامی امتحانات مشترک فرآگیر دستگاه های احرابی کشور می باشد.





وزارت آموزش و پرورش

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

مرکز برنامه ریزی منابع انسانی و امور اداری

محترمه

نمونه برگ شماره ۴-الف

خود اظهاری و سوابق بیماری (توسط داوطلب)

الف-۱) مشخصات عمومی داوطلب: لازم به ذکر است محتويات این پرسشنامه و معایينات کاملاً محترمه می باشد

کدملی:	بند ۲. متولد...../...../.....	بند ۱. نام و نام خانوادگی:
بند ۴. وضعیت تأهل: ۱. مجرد <input type="checkbox"/> ۲. متاهل <input type="checkbox"/> ۳. سایر <input type="checkbox"/>		بند ۳. جنسیت: ۱. مذکور <input type="checkbox"/> ۲. مومن <input type="checkbox"/>
بند ۶. نام آخرين دانشگاهي که تحصيل كرده ايد:		بند ۵. نام پرديس / مرکز / سازمان:
بند ۷. رشته شغلی پذيرفته شده:		
بند ۸. آدرس پست الکترونيک: (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. داراي معافيت هستم <input type="checkbox"/> علت معافيت ذكر شود		

الف-۲) سابقه پزشکي فرد (توسط داوطلب تكميل گردد)

بند ۱۱. کدامیک از مشکلات زیر را تاکنون داشته اید؟

- ۱. اختلالات قلبی و عروقی ۲. احساس خستگی مزمن ۳. دردهای اسکلتی - عضلاتی ۴. ناراحتی های گوارشی
- ۵. فشار خون بالا ۶. سر درد دوره ای ۷. دیابت (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 بیماری های عفونی (سل، هپاتیت B, C, ایدز، تب مالت و...) درصورت ابتلاء هر کدام 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 دچار کدامیک از مشکلات 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 دارد؟

- ۱. خیر ۲. بلی 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

<p>بند ۱۵. آیا بدون تجویز پزشک دارویی مصرف می کنید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بله <input type="checkbox"/> اگر جوابتان مثبت است چه دارویی مصرف می کنید؟ 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 نیرو زا <input type="checkbox"/> ۶. سایر <input type="checkbox"/> موارد <input type="checkbox"/> ذکر شود.....</p>
<p>بند ۱۶- آیاتاکنون سابقه ای از مصرف مواد مخدر (تریاک، هروین، حشیش و... و مواد محرك مثل شیشه، اکستازی) و.... داشته اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <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. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بله <input type="checkbox"/> چه سالی و چه مدت آیا ادامه دارد؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بله <input type="checkbox"/></p>
<p align="center">این سوال مخصوص خانم ها می باشد</p> <p>بند ۱۸- سابقه کدام مورد را داشته اید؟ اختلالات پریود <input type="checkbox"/> موهای زاید صورت <input type="checkbox"/> بلوغ زودرس <input type="checkbox"/> بلوغ دیررس <input type="checkbox"/> سابقه یا جراحی بیماریهای رحمی <input type="checkbox"/> کیست های تخمدانی <input type="checkbox"/> توده یا ترشحات پستانی <input type="checkbox"/> سایر موارد ذکر کنید.....</p>
<p>بند ۱۹- گروه خونی و Rh شما چیست؟.....</p>

<p align="center">الف-۳) سابقه پزشکی خانواده (توسط داوطلب تکمیل گردد)</p> <p>بند ۲۰- کدامیک از موارد زیر در خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) شما وجود دارد؟ 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"/> ۹. بیماری های کلیوی <input type="checkbox"/> ۱۰. بیماری های روده ای (کولیت اولسره، کرون) <input type="checkbox"/></p>
<p align="center">الف-۴) وضعیت ایمنی سازی (توسط داوطلب تکمیل گردد)</p>

<p>بند ۲۱. آیا واکسیناسیون شما کامل انجام شده است؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بله <input type="checkbox"/> ۳. نمی دانم <input type="checkbox"/></p>
<p>بند ۲۲. آیا واکسن هیاتیت ب را دریافت کرده اید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بله <input type="checkbox"/> ۳. نمی دانم <input type="checkbox"/></p>
<p>بند ۲۳. آیا در دوره دبیرستان واکسن تومام(دیفتتری، کزار) دریافت کرده اید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بله <input type="checkbox"/> ۳. نمی دانم <input type="checkbox"/></p>



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

الف-۱) این قسمت توسط داوطلب به دقت مطالعه و تکمیل میگردد

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

.....شماره شناسنامهنام پدراینجانب.....
.....شماره داوطلبیدر 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 :





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

نمون برگ شماره (۳)

اداره کل آموزش و پرورش استان

- احتراماً : اینجانب فرزند باکدملی به شماره داوطلبی از معرفی شدگان چند برابر ظرفیت آزمون استخدامی پیمانی سال ۱۳۹۹ می باشم که با علم و آگاهی کامل و مطالعه دقیق مفاد اطلاعیه سورخ ۱۳۹۹/۷/۱۴ سازمان سنجش آموزش کشور در باره آزمون استخدامی وزارت آموزش و پرورش سال ۱۳۹۹ در هشتادمین آزمون استخدامی متصرف کر دستگاه های اجرایی کشور و اطلاع از موارد ذیل ، برای شرکت در مرافق مصاحبه استخدامی اقدام نمایم . برای اساس ، از کلیه شرایط و ضوابط اعلام شده از سوی 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 متعدد و متلزم 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 . تشخیص آموزش و پرورش در هر یک از موارد ذیل غیر قابل اعتراض بوده و دستگاه مذبور حق اقدام قضایی و صدور اجرایی علیه اینجانب را دارد .
- با توجه به اینکه گزینش نهایی براساس مجموع نمرة فضلي هر داوطلب ، با وزن هفتاد درصد (۷۰٪) آزمون کتبی و سی درصد (۳۰٪) مصاحبة استخدامی صورت خواهد گرفت ، بنابراین معرفی اینجانب برای بررسی ویژگی های جسمانی و مصاحبه استخدامی به عنوان قبولی نهایی تلقی نمی شود .
 - بررسی ویژگی های جسمانی براساس ضوابطی خواهد بود که آموزش و پرورش در زمان بررسی ویژگی های جسمانی اعلام می نماید .
 - به استناد مجوز شماره ۱۳۹۹/۲/۳۱-۹۳۱۶۷ سازمان اداری واستخدامی کشور ، متعدد و ملزم به گذراندن دوره یکساله مهارت آموزی در پردازی های دانشگاه فرهنگیان (برای رشته های شغلی: دبیر، آموزگار، مربي امور تربیتی، مراقب سلامت و...) و دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی (برای رشته های شغلی: هنرآموز و استاد کار) و موقفيت در آزمون جامع می باشم . مضافاً ، براین موضوع واقفم که تعیین محل گذراندن دوره یکساله مهارت آموزی به عهده دانشگاه های مذبور خواهد بود . بنابراین ، در صورت قبولی نهایی حق هیچ گونه درخواستی برای تغیر محل گذراندن دوره یکساله مهارت آموزی ، تحت هر شرایطی اعم تأهل ، تجرد ، تکلف ، بیماری ، دوری مسافت و ... را ندارم . لازم به ذکر است دوره مهارت آموزی یکساله مهارت آموزی (خدمات آموزشی و رفاهی) ، بر عهده اینجانب خواهد بود .
 - 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 .
 - 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 از سوی دانشگاه های مجری دوره ، اعلام خواهد شد . بنابراین متعدد و ملزم می شوم چنانچه جزو قبول شدگان نهایی قرار گیرم ضوابط و مقررات اعلام شده از سوی دانشگاه مجری دوره مذبور را رعایت نمایم .
 - عدم حضور در هر یک از مرافق اینجانب (کتبی، مصاحبه، گزینش و ...) و همچنین عدم شرکت در دوره یکساله مهارت آموزی و آزمون جامع به منزله انصراف از استخدام تلقی شده و بعد اینچه 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 تیز می باشم .
 - 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 .
 - متعهد و ملزم می شوم 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 یا انفصال از خدمت ، استنکاف از استخدام ، عدم استخدام ناشی از تقصیر ، ترک خدمت ، باز خرید نمودن و بطور کلی در صورت فراهم نمودن موجبات عدم اینای 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 دانشگاه محل گذراندن دوره مذبور را . حسب مورد به آموزش و پرورش یا دانشگاه پرداخت نمایم .

نام و نام خانوادگی داوطلب / اثر انگشت و امضاء




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

بنام خدا

نمون برق شماره (۶-ه) : ارزیابی مدارک و مستندات بخش کمی (ارزیابی سوابق آموزشی و پژوهشی)

شماره داوطلب:	کد ملی:	نام و نام خانوادگی داوطلب :
متأهل:	مجرد:	استان: کد رشته - شغل محل

۱- ارزیابی سوابق آموزشی : (برمبانای گواهی رسمی و معتبر ارائه شده توسط داوطلب)

امتیاز مکتبه	نحوه ارزیابی	حداکثر امتیاز	شرح		
			رتبه اول	رتبه اول	رتبه مقطع تحصیلی میان دانشجویان هم رشته وهم ورودی
براساس گواهی معتبر از برگزارکننده المپیاد دانشجویی	رتبه اول			برگزیدگان المپیادهای علمی دانشجویی	
			رتبه دوم		
	رتبه سوم				
	طبق جدول پیوست		IELTS ----- <input type="checkbox"/>	TOFEL ----- <input type="checkbox"/>	انگلیسی
			TOLIMO----- <input type="checkbox"/>	MSRT ----- <input type="checkbox"/>	عربی
			----- آزمون بسنديگي زبان عربي(اشتمال)		معتبر
			جمع امتیاز :		
طبق جدول آزمون زبان های خارجی					



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

۲- سوابق پژوهشی : (برهمنای گواهی رسمی و معتبر ارائه شده توسط داوطلب)

امتیاز مکتبه	نحوه ارزیابی	حداکثر امتیاز	نوع فعالیت	
	هرمقاله مرتبط باشغل چاپ شده امتیاز		مقالات علمی - پژوهشی(نشریات داخلی)	مقالات
	هرمقاله غیرمرتبط باشغل چاپ شده امتیاز			
	هرمقاله مرتبط باشغل چاپ شده امتیاز		مقالات علمی - پژوهشی(نشریات خارجی)	کتاب
	هرمقاله غیرمرتبط باشغل چاپ شده امتیاز			
	چاپ هرکتاب مرتبط باشغل امتیاز		تألیف	کتاب
	چاپ هرکتاب غیرمرتبط باشغل امتیاز			
	ترجمه هرکتاب مرتبط باشغل امتیاز		ترجمه	ثبت اختراع
	ترجمه هرکتاب غیرمرتبط باشغل امتیاز			
	گواهی ثبت اختراع مرتبط باشغل امتیاز		گواهی ثبت اختراع مورد تایید مراجع ذیصلاح	ثبت اختراع
	گواهی ثبت اختراع غیر مرتبط باشغل امتیاز			
	کسب مقام در هر جشنواره مرتبط باشغل امتیاز		کسب مقام درالمپیادهای علمی، جشنواره های معتبر علمی (خوارزمی، جوان خوارزمی، رازی، فارابی) و فناوری، هنری، فرهنگی، ادبی، دینی، رسانه، کودکان و نوجوانان، زنان و نهادها، سینمایی	کسب مقام در جشنواره های معتبر علمی و هنری
	کسب مقام در هر جشنواره غیر مرتبط باشغل امتیاز			
	هرمورد مرتبط باشغل امتیاز		پایان نامه و طرح های تحقیقاتی معتبر	پایان نامه و طرح های تحقیقاتی
	هرمورد غیر مرتبط باشغل امتیاز			
				جمع امتیاز:



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

۳- نرم افزارها و دانش کامپیوتر (برمبانی گواهی رسمی و معتبر ارائه شده توسط داوطلب)

نرم افزار و دانش کامپیوتر	امتیاز	نحوه ارزیابی	امتیاز مکتسبه
نرم افزارهای تخصصی		داشتن مدرک معتبر مرتبط باشغل هر نرم افزار	امتیاز
جمع امتیاز :			