|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| قد | وزن | BMI | عدم تایید/ تایید |
|  |  |  |  |
| نام و نام خانوادگی ارزیابی کننده  امضاء | | نام و نام خانوادگی تایید کننده  امضاء | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **تأييد داوطلب** | مدارك لازم به استناد بند آگهي استخدام | **تأييد تحويل گيرنده مدارك** | ملاحظات |
| **1** | 🖵 | **پرينت فرم ثبت نام اوليه آزمون(فرم مشخصات فردي)** | 🖵 |  |
| **2** | 🖵 | **تصویر کارنامه آزمون** | 🖵 |  |
| **3** | 🖵 | **اصل و تصوير تمام صفحات شناسنامه**  **(در صورت متاهل بودن اصل و تصوير تمام صفحات شناسنامه همسروفرزندان )** | 🖵 |  |
| **4** | 🖵 | **اصل و تصوير كارت ملي** | 🖵 |  |
| **5** | **مدارک مربوط به افزایش سقف سنی تعیین شده در فراخوان**  **( برای داوطلبان ی که سن آنها از سقف تعیین شده بالاتر می باشد)** | 🖵 **جانبازان ،آزادگان ،فرزندان شهداء ،فرزندان جانباز 25 درصد و بالاتر و فرزندان آزادگان با حداقل یک سال سابقه اسارت و بالاتر (معاف از حداکثر سن)** | 🖵 |  |
| 🖵 **باتوجه به گواهی مبنی برعضو خانواده معظم شهدا شامل پدر ، مادر ، خواهر ، و برادر ( تا میزان 5 سال)** | 🖵 |  |
| 🖵**رزمندگان دارای حضور داوطلبانه در جبهه (به میزان خدمت حضور در جبهه ، مدت زمان بستری یا استراحت پزشکی مربوط به مجروحیت در جبهه ها)** | 🖵 |  |
| 🖵 **سنوات داوطلبان قراردادی( اعم از قرارداد کار معین و پزشک خانواده و قرارداد مشاغل کارگری شاغل در موسسات تابعه وزارت بهداشت (حداکثر به میزان 15 سال طبق سابقه بیمه)** | 🖵 |  |
| 🖵**سنوات داوطلبان شرکتی شاغل که به صورت غیر مستقیم از طرف شرکت های پیمانکاری طرف قرارداد با دانشگاه و یا سایر موسسات تابعه وزارت بهداشت (حداکثر به میزان 15 سال سابقه بیمه)** | 🖵 |  |
| 🖵 **سنوات قراردادی و یا شرکتی داوطلبان غیر شاغل که در سالهای گذشته به صورت قراردادی و یا شرکتی به صورت تمام وقت در موسسه یا شرکت پیمانکاری طرف قرارداد آنها به خدمت اشتغال داشته اند و با موسسه قطع همکاری نموده اند (حداکثر به میزان 5 سال ( طبق سابقه بیمه ))** | 🖵 |  |
| 🖵 **داوطلبانی که طرح خدمت نیروی انسانی موظف( اجباری یا اختیاری و یا قالب تمدید طرح) را انجام داده اند( به میزان انجام خدمت فوق)** | 🖵 |  |
| 🖵 **سابقه خدمت کارمندان تمام وقت دولت( به میزان 5 سال)** | 🖵 |  |
| 🖵 **مدت خدمت سربازی انجام شده** | 🖵 |  |
| **6** | 🖵 | **اصل و تصوير آخرین مدرك تحصيلي مندرج در شرایط احراز مشاغل ذکر شده در آگهی**  **(فراغت از تحصیل مجاز حداکثر تا تاریخ 12/7/98 می باشد)** | 🖵 |  |
| **7** | **وضعیت خدمت طرح نیروی انسانی ( برای مشمولین قانون خدمت پزشکان وپیراپزشکان.)** | 🖵 **اصل و تصوير پايان طرح و یا معافيت از طرح نیروی انسانی**  **( ملاک محاسبه پایان خدمت یا معافیت حداکثر تا تاریخ 12/7/98 می باشد)** | 🖵 |  |
| **8** | 🖵 **گواهي اشتغال به طرح در واحدهای تابعه دانشگاه براساس زمان پایان ثبت نام آزمون**  **( این قبیل کارکنان می بایست حداکثر تا تاریخ 12/7/98 طرح خود را در یکی از واحدهای تابعه دانشگاه شروع نموده باشند)** | 🖵 |  |
| **9** | 🖵 | **اصل و تصوير كارت پايان خدمت وظيفه يا معافيت دائم**  **( ملاک زمان پایان خدمت یا معافیت حداکثر تا تاریخ 12/7/98 می باشد)** | 🖵 |  |
| **10** | 🖵 | **اصل و تصوير مدرك و گواهی دال بر ايثارگري و معلوليت عادي از مراجع ذيصلاح**  **( صرفاً گواهی های ایثارگری صادره توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران و اداره بهزیستی استان قابل پذیرش می باشد)** | 🖵 |  |
| **11** | 🖵 | **دو قطعه عکس 4\*3 با زمینه روشن** | 🖵 |  |
| **12** | 🖵 | **گواهینامه رانندگی ( ب2) پایه دوم ( برای مشاغل کاردان و کارشناس فوریتهای پزشکی )** | 🖵 |  |
| **13** | **در زمان ثبت نام و برگزاری آزمون** | 🖵 **در زمان ثبت نام آزمون دانشجو نبوده ام و دارای مدرک تحصیلی بالاتر از مقاطع اعلام شده در فراخوان نیز نیستم** | 🖵  🖵 |  |
| 🖵 **دانشجو بوده ام و مستندات مربوط به انصراف خود از ادامه تحصیل در موعد تعیین شده را به همراه سایر مدارک ارائه نموده ام** |

**ب ) بررسی و تطبیق مدارک مورد نیاز ( برای کلیه رشته ها )**

\*\*\*\* اصل مدارك پس از تطبيق توسط تحويل گيرنده مدارك ،عودت خواهد شد \*\*\*\*

**اينجانب......................... با شماره ملی .....................داوطلبان رشته شغلي........................... در محل مورد تقاضا ......................با اطلاع کامل از مفاد آگهی آزمون و تایید دارابودن شرایط عمومی و اختصاصی آزمون ، صحت و تكميل بودن مدارک فوق را تأييد مي نمايم و مسئوليت و عواقب ناشي ازهرگونه نقص مدارك و اطلاعات ثبت شده به عهده بنده خواهد بود.**

**مدارک ناقص: نام و نام خانوادگي داوطلب:**

**مهلت تعیین شده : تاریخ و امضا و شماره تماس:**

**نام و نام خانوادگي تحویل گیرنده:**

**تاریخ و امضا**

**........................................................................................................................................................................................................................**

**تعداد.............. برگ مدارک لازم از آقا / خانم .................... داوطلب رشته شغلی ........................ در آزمون استخدامی مورخ 30/8/98 تحویل گرفته شد . ضمناَ مقررشد آخرین مهلت نواقص مدارک حداکثر تا تاریخ................... ارائه گردد.**

**نام و نام خانوادگی وامضا تحویل گیرنده : نام و نام خانوادگی وامضا داوطلب:**