

اطلاعیه شماره ۲۵

ثبت نام پذیرفته شدگان آزمون دستیاری تخصصی

سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰

مختص پذیرفته شدگان سهمیه دستیاران آزاد و مناطق محروم (بومی)

★★ **کلیه پذیرفته شدگان** مکلفند ضمن حضور در دفتر اسناد رسمی نسبت به تودیع سند تعهد پذیرفته شدگان مقطع تخصصی فرم تعهد پیوست این اطلاعیه اقدام و سند تعهد محضری را همراه با مدارک ثبت نامی ارسال نمایید . ضمناً **خیلی ضروری است** قبل از هرگونه اقدام در خصوص تنظیم سند تعهد محضری و شرایط ضامن و ... با شماره ۰۸۶-۳۳۸۳۸۱۳۲-۰۸۶ جناب آقای وروانی فراهانی مسئول محترم حقوقی هماهنگ نمایید. در صورت ترافیک این خط با شماره ۰۸۶-۳۳۸۳۸۰۰۰ مرکز تلفن جهت ارتباط بعدی تماس حاصل نمایید.

نکات قابل توجه وبسیار مهم برای ثبت نام و تودیع سند تعهد خدمت پذیرفته شدگان

۱- هماهنگی لازم با ضامنین برای حضور همزمان با نماینده حقوقی دانشگاه در ساعت تعیین شده در دفاتر اسناد رسمی ذیل

آدرس دفترخانه ۱۶- اراک خ قائم مقام فراهانی ، تقاطع نیروی انتظامی - (دروازه مشهد) ، نرسیده به مسجد کله ایها . تلفن ۰۸۶۳۳۲۵۲۷۵۱

آدرس دفترخانه ۲۴- اراک خ شهید شیروودی (خرم) روبروی بانک ملی - ساختمان الماس شهر طبقه دوم تلفن ۰۸۶۳۳۱۲۱۸۳۰

چنانچه متعهد و یا ضامنین در استان دیگر بجز استان مرکزی سکونت دارند لازمست با نماینده حقوقی دانشگاه علوم پزشکی محل سکونت هماهنگی نموده و نماینده حقوقی دانشگاه مزبور همزمان سند تعهد را امضا و تایید نمایند.

۲- ارائه اصل و تصویر کارت ملی و شناسنامه ضامنین و دستیار به دفترخانه اسناد رسمی

۳- ارائه اصل و تصویر فیش حقوقی و حکم کارگزینی ضامنین به دفترخانه اسناد رسمی

۴- همراه داشتن آدرس دقیق و کد پستی و کارت بانکی برای پرداخت هزینه حق الثبت و حق التحریر

۵- تحویل تصویر برابر اصل مدارک بند ۲ و ۳ به همراه اصل و تصویر سند تعهد به مسئول حقوقی (آقای وروانی فراهانی) ضروری میباشد.

- **شایان ذکر است حسب بخشنامه وزارت متبوع ضامنین دارای شرایط ذیل باشند.**

۱- کارمند استخدام رسمی یا پیمانی دستگاه دولتی - بازنشسته و پرسنل طرح خدمت قابل قبول نیست.

۲- رعایت میزان سابقه کار ضامنین زیر ۲۰ سال سابقه خدمت مندرج در حکم کارگزینی الزامی است.

«فرم اخذ تعهد محضری از دستیاران آزاد»

نظر به اینکه مقرر گردیده ، اینجانب فرزند به شماره شناسنامه ، صادره از دارای کد ملی شماره متولد ساکن کد پستی : فارغ التحصیل مقطع عمومی رشته از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی که در آزمون پذیرش دستیار تخصصی مورخ در رشته تحصیلی تخصصی در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی پذیرفته شده‌ام با هزینه دولت در مقطع و رشته یاد شده تحصیل نمایم ، برابر مقررات قانونی و آیین نامه ها و دستورالعمل های وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و قوانین و مقررات ثبت اسناد و آیین نامه اجرای مفاد اسناد رسمی و لازم الاجرا ، و با آگاهی کامل از مقررات ، در کمال صحت و با آزادی و اختیار کامل ، ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملتزم می‌گردم :

۱. در رشته تخصصی تحصیل کرده و مطابق ضوابط مربوطه دوره مذکور را به پایان رسانده ، درجه تخصصی را در رشته مذکور اخذ نمایم و کلیه مقررات مربوط به دوره آموزش دستیاری و دانشگاه محل تحصیل را رعایت کنم ، و صرفاً به امر تحصیل پرداخته و منحصرأ در رشته ، مقطع تحصیلی و دانشگاه تعیین شده ادامه تحصیل دهم و دوره تحصیلی معین شده را در مدت معمول و برابر مقررات آن با موفقیت بگذرانم ، و حق تغییر رشته را از خود ساقط می‌کنم .
۲. بلافاصله پس از پایان دوره مجاز تحصیلی تخصصی ، خود را به وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی معرفی کنم و بر اساس قوانین و مقررات مربوط ، مصوبات نشست های شورای آموزش پزشکی و تخصصی و سایر ضوابط مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به میزان نیم تا دو برابر مدت تحصیل با احتساب ضرایب مربوطه ، در هر محلی که وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی تعیین کند ، خدمت نمایم .

تبصره : مستند به تبصره ماده ۶ تصویب نامه ی شماره ۷۴۴۵۰/ت/۵۰۹۸۲ هـ مورخ ۱۳۹۵/۷/۱ به موجب عقد خارج لازم ملتزم می‌گردم که در خلال انجام تعهدات امکان هر گونه فعالیت تشخیصی و درمانی خارج از مراکز تعیین شده توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی را نخوام داشت.

۳. در صورتیکه به دلایل آموزشی ، سیاسی ، و اخلاقی و غیره ، موفق به اتمام تحصیلات در مدت مقرر و مطابق ضوابط آموزشی نگردم و یا از ادامه تحصیل انصراف دهم و یا بعد از پایان دوره تخصصی به هر دلیل

از انجام تعهد فوق الذکر استنکاف نمایم و یا بلافاصله پس از پایان دوره مجاز تحصیل ، خود را به وزارت بهداشت ، معرفی نکنم ، یا به محل تعیین شده از سوی وزارت بهداشت جهت انجام خدمت مراجعه نکنم ، و یا صلاحیت اشتغال به کار نداشته باشم و یا پس از شروع به کار به هر علتی از موسسه محل خدمت اخراج شوم و یا ترک خدمت کنم و به طور کلی چنانچه از هر یک از تعهداتی که طبق این قرارداد (و مقررات مربوط) برعهده گرفته ام تخلف نمایم ، متعهد می شوم **دو برابر** کلیه هزینه‌های انجام شده از سوی وزارت بهداشت و دانشگاه محل تحصیل (از جمله هزینه‌های تحصیل ، اسکان ، حقوق و مزایای پرداختی ، کمک هزینه تحصیلی و ...) و خسارات ناشی از عدم انجام خدمات مورد تعهد را به صورت یکجا و بدون هیچگونه قید و شرطی به وزارت بهداشت بپردازم . تشخیص وزارت مزبور راجع به وقوع تخلف، کیفیت و کمیت و میزان هزینه‌ها و خسارات، قطعی و غیرقابل اعتراض است و موجب صدور اجرائیه از طریق دفترخانه خواهد بود .

تبصره ۱ : خسارات مقرر در این بند ، سبب معافیت اینجانب از انجام تعهد نمی شود و وزارت بهداشت می تواند علاوه بر دریافت وجه التزام یا خسارت ، اجرای اصل تعهد و انجام خدمت در محل تعیین شده در سند (یا هر محل دیگری که بعداً تعیین شود) را مطالبه نماید.

تبصره ۲ : پرداخت خسارت موجب استحقاق فرد به مطالبه دانشنامه و سایر مدارک تحصیلی از جمله ریز نمرات نخواهد گردید و ارائه مدارک یاد شده صرفاً پس از انجام تعهدات قانونی و قراردادی موضوع این سند امکان پذیر است .

۴. از آنجاکه اعطای دانشنامه ، صرفاً با انجام تعهدات قانونی و قراردادی موضوع این سند امکان پذیر است ، چنانچه به هر دلیل موفق به انجام تعهدات خود نگردم ، دانشنامه تحصیلی و یا هرگونه گواهی فراغت از تحصیل و مدرک تحصیلی و ریز نمرات به اینجانب اعطا نخواهد شد . همچنین تا اتمام تعهدات ، سند تعهد اینجانب فسخ نخواهد گردید .

۵. ضمن عقد خارج لازم شرط شد که وزارت بهداشت از طرف اینجانب در تشخیص تخلف از تعهدات فوق و تعیین میزان خسارت و وصول آن ، وکیل ، و در صورت فوت، وصی است ، نسبت به احراز و اثبات تخلف از موارد فوق و تعیین میزان خسارت از طرف اینجانب با خود توافق و مصالحه کند و در صورت توافق یا مصالحه هیچ ضرورتی به مراجعه به مقام قضائی یا مرجع دیگر جهت تعیین این موارد وجود نخواهد داشت. در هر حال تشخیص وزارت در تعیین هزینه‌های مذکور قطعی و غیر قابل اعتراض و موجب صدور اجرائیه از طرف دفترخانه و یا مراجع قضایی خواهد بود .

ع. نشانی اقامتگاه اینجانب ، نشانی مندرج در این سند می باشد ، و تمام ابلاغ های ارسالی به این محل ، به منزله ابلاغ قانونی به اینجانب بوده ، و چنانچه نشانی خود را تغییر دهم فوراً مراتب را به دفترخانه تنظیم کننده سند ، دانشگاه محل خدمت و همچنین به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اطلاع خواهم داد ، و الا ابلاغ کلیه اوراق و اخطاریه ها به محل تعیین شده در این سند قطعی و غیر قابل اعتراض از سوی اینجانب می باشد

به منظور تضمین حسن اجرای تعهدات ناشی از این سند اینجانبان :

آقای / خانم..... فرزند به شماره شناسنامه دارای کدملی شماره
..... شغل نشانی محل کار
..... کدپستی محل کار نشانی محل سکونت
..... کدپستی محل سکونت و

آقای / خانم فرزند به شماره شناسنامه دارای کدملی شماره
..... شغل نشانی محل کار
..... کدپستی محل کار نشانی محل سکونت
..... کدپستی محل سکونت

با آگاهی کامل از تعهدات دانشجو ، ضمن عقد خارج لازم و بر مبنای ماده ۱۰ قانون مدنی متعهد می شویم که تعهدات فوق الذکر دانشجو ، تعهد اینجانبان بوده و ملتزم می شویم ، چنانچه دانشجوی مذکور ، به تعهدات خود به شرح فوق الذکر عمل نکند و از هر یک از تعهدات فوق تخلف کند و منظور وزارت بهداشت ، عملی نشود ، نقض تعهد دانشجو به منزله نقض تعهد اینجانبان بوده و وزارت بهداشت ، حق دارد ، بدون هیچ گونه تشریفات ، به صرف اعلام به دفترخانه ، در مورد تخلف از هر یک از تعهدات فوق ، از طریق صدور اجرائیه دو برابر هزینه های انجام شده بابت دانشجو (به شرح فوق) به علاوه کلیه خسارات وارده را ، از اموال اینجانبان رأساً استیفا کند و ضمن عقد خارج لازم ، وزارت بهداشت را وکیل خود در زمان حیات و وصی در زمان ممات قرار دادیم تا نسبت به احراز تخلف از هر یک از تعهدات فوق و تعیین میزان هزینه ها و خسارات و مطالبات از طرف اینجانبان با خود مصالحه نماید و با انجام مصالحه هیچ ضرورتی جهت مراجعه به مقام قضائی یا مرجع دیگر برای تعیین این موارد وجود نخواهد داشت و تعیین و تشخیص وزارت مذکور قطعی و غیر قابل اعتراض و موجب صدور اجرائیه خواهد بود . وزارت مذکور مجاز است مطالبات خود را از محل حقوق یا هر محل دیگری از اموال

و دارایی های اینجانبان وصول کند و اینجانبان متضامناً در برابر وزارت مذکور متعهد به انجام تعهدات فوق و جبران خسارت و پرداخت مطالبات فوق هستیم .

تبصره : تعهد و مسئولیت ضامنان با یکدیگر و با متعهد سند نسبت به انجام تعهدات و پرداخت خسارات مندرج در این سند تضامنی است و وزارت بهداشت می تواند برای دریافت تمام یا بخشی از خسارت مستقیماً علیه هر یک از متعهد و ضامنین و یا در آن واحد علیه تمامی آنها اجرائیه صادر و عملیات اجرائی ثبتي را به منظور وصول مطالبات دولت و خسارات تعقیب نموده و یا نسبت به طرح دعوا اقدام نماید . این قرارداد بر مبنای ماده ۱۰ قانون مدنی بین طرفین قرارداد منعقد شده و بین طرفین لازم الاتباع است .

محل امضاء طرف قرارداد:

محل امضاء ضامنین :

محل امضاء نماینده وزارت بهداشت / نماینده دانشگاه (به نیابت) :

فرمت سند تعهد پذیرفته شدگان مقطع تخصصی بالینی

(سهیمه مناطق محروم موضوع قانون برقراری عدالت آموزشی و اصلاحات بعدی)

نظر به اینکه مقرر گردیده ، اینجانب فرزند به شماره شناسنامه ، صادره از دارای کد ملی شماره متولد ساکن کد پستی : فارغ التحصیل مقطع عمومی رشته از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی که در آزمون پذیرش دستیار تخصصی مورخ با استفاده از سهمیه بومی موضوع قانون برقراری عدالت آموزشی و اصلاحات بعدی آن در رشته تحصیلی تخصصی در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی پذیرفته شده‌ام ، با هزینه دولت در مقطع و رشته یاد شده تحصیل نمایم ، برابر مقررات و آیین نامه ها و دستورالعمل های وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و قوانین و مقررات ثبت اسناد و آیین نامه اجرای مفاد اسناد رسمی و لازم الاجرا ، ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملتزم هستم :

۱. در رشته تخصصی تحصیل کرده و مطابق ضوابط مربوطه دوره مذکور را به پایان رسانده ، درجه

تخصصی را در رشته مذکور اخذ نمایم و کلیه مقررات مربوط به دوره آموزش دستیاری و دانشگاه محل تحصیل را رعایت کنم و صرفاً به امر تحصیل پرداخته و منحصرأ در رشته ، مقطع تحصیلی و دانشگاه تعیین شده ادامه تحصیل دهم و دوره تحصیلی معین شده را در مدت معمول و برابر مقررات آن با موفقیت بگذرانم و حق تغییر رشته را از خود ساقط می کنم .

۲. بلافاصله پس از پایان دوره مجاز تحصیلی تخصصی، خود را به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی معرفی کنم و بر اساس قوانین و مقررات مربوط، مصوبات نشست های شورای آموزش پزشکی و تخصصی و سایر ضوابط مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به میزان سه برابر مدت تحصیل ، در شهر خدمت نمایم .

تبصره ۱ : مستند به تبصره ماده ۶ تصویب نامه ی شماره ۷۴۴۵۰/ت/۵۰۹۸۲ هـ مورخ ۱۳۹۵/۷/۱ به موجب عقد خارج لازم ملتزم می گردم که در خلال انجام تعهدات امکان هر گونه فعالیت تشخیصی و درمانی خارج از مراکز تعیین شده توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی را نخواهم داشت.

تبصره ۲ : با عنایت به اینکه اینجانب از قوانین و مقررات مربوطه دائر بر ممنوعیت خرید و جابه جایی تعهدات موضوع این سند مطلع می باشم ، با علم و آگاهی کامل از این موضوع ، در محل تعیین شده خدمت خواهم نمود و در خلال انجام تعهد ، اجازه ی فعالیت در محل دیگری غیر از محل تعیین شده را نخواهم داشت .

تبصره ۳ : مستند به تبصره ی ۴ ماده واحده ی قانون اصلاح قانون برقراری عدالت آموزشی مصوب سال ۱۳۹۲ ادامه تحصیل اینجانب منوط به طی حداقل نیمی از تعهدات انجام شده خواهد بود .

۳. در صورتیکه به دلایل آموزشی، سیاسی، و اخلاقی و غیره، موفق به اتمام تحصیل در مدت مقرر و مطابق ضوابط آموزشی نگردم و یا از ادامه تحصیل انصراف دهم و یا بعد از پایان دوره تخصصی به هر دلیل از انجام تعهد فوق الذکر استنکاف نمایم و یا بلافاصله پس از پایان دوره مجاز تحصیل، خود را، معرفی نکنم، یا به محل تعیین شده از سوی دانشگاه علوم پزشکی و یا وزارت بهداشت جهت انجام خدمت مراجعه نکنم، و یا صلاحیت اشتغال به کار نداشته باشم و یا پس از شروع به کار به هر علتی از موسسه محل خدمت اخراج شوم و یا ترک خدمت کنم و به طور کلی چنانچه از هر یک از تعهداتی که طبق این قرارداد (و مقررات مربوط) برعهده گرفته ام تخلف نمایم، متعهد می شوم **سه برابر** کلیه هزینه‌های انجام شده از سوی وزارت بهداشت و دانشگاه محل تحصیل (از جمله هزینه‌های تحصیل، اسکان، حقوق و مزایای پرداختی، کمک هزینه تحصیلی و ...) و خسارات ناشی از عدم انجام خدمات مورد تعهد را به صورت یکجا و بدون هیچگونه قید و شرطی به وزارت بهداشت بپردازم. تشخیص وزارت مزبور راجع به وقوع تخلف، کیفیت و کمیت و میزان هزینه‌ها و خسارات، قطعی و غیرقابل اعتراض است و موجب صدور اجرائیه از طریق دفترخانه خواهد بود.

تبصره ۱: خسارات مقرر در این بند، سبب معافیت اینجانب از انجام تعهد نمی شود و وزارت بهداشت می تواند علاوه بر دریافت وجه التزام یا خسارت، اجرای اصل تعهد و انجام خدمت در محل تعیین شده در سند (یا هر محل دیگری که بعداً تعیین شود) را مطالبه نماید.

تبصره ۲: پرداخت خسارت موجب استحقاق فرد به مطالبه دانشنامه و هرگونه مدارک تحصیلی از جمله ریزنمرات نخواهد گردید و ارائه مدارک یاد شده صرفاً پس از انجام تعهدات قانونی و قراردادی موضوع این سند امکان پذیر است.

۴. از آنجاکه اعطای دانشنامه، صرفاً با انجام تعهدات قانونی و قراردادی موضوع این سند امکان پذیر است، چنانچه به هر دلیل موفق به انجام تعهدات خود نگردم، دانشنامه تحصیلی و یا هرگونه گواهی فراغت از تحصیل و مدرک تحصیلی و ریز نمرات به اینجانب اعطا نخواهد شد. همچنین تا اتمام تعهدات، سند تعهد اینجانب فسخ نخواهد گردید.

۵. طرف تعهد در این سند، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. بنابراین موافقت دانشگاه با خرید تعهد یا استعفای اینجانب در قبال پرداخت خسارت موجب براءت اینجانب از انجام تعهدات مندرج در این سند نخواهد بود و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همواره حق دارد انجام اصل تعهدات در محل تعیین شده در سند و یا در هر محل دیگری را که صلاح می داند از اینجانب درخواست نماید.

۶. ضمن عقد خارج لازم شرط شد که وزارت بهداشت از طرف اینجانب در تشخیص تخلف از تعهدات فوق و تعیین میزان خسارت و وصول آن، وکیل، و در صورت فوت، وصی است، نسبت به احراز و اثبات تخلف از موارد فوق و تعیین میزان خسارت از طرف اینجانب با خود توافق و مصالحه کند و در صورت توافق یا مصالحه هیچ ضرورتی به مراجعه به مقام قضائی یا مرجع دیگر جهت تعیین این موارد وجود نخواهد داشت. در هر حال تشخیص وزارت در

تعیین هزینه‌های مذکور قطعی و غیر قابل اعتراض و موجب صدور اجرائیه از طرف دفترخانه و یا مراجع قضایی خواهد بود .

۷. نشانی اقامتگاه اینجانب ، نشانی مندرج در این سند می باشد ، و تمام ابلاغ های ارسالی به این محل ، به منزله ابلاغ قانونی به اینجانب بوده ، و چنانچه نشانی خود را تغییر دهم فوراً مراتب را به دفترخانه تنظیم کننده سند ، دانشگاه محل خدمت و همچنین به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اطلاع خواهم داد ، و الا ابلاغ کلیه اوراق و اخطاریه‌ها به محل تعیین شده در این سند قطعی و غیر قابل اعتراض از سوی اینجانب می‌باشد .
به منظور تضمین حسن اجرای تعهدات ناشی از این سند اینجانبان :

آقای / خانم..... فرزند به شماره شناسنامه دارای کدملی شماره
شغل نشانی محل کار کدپستی محل کار
نشانی محل سکونت کدپستی محل سکونت

آقای / خانم..... فرزند به شماره شناسنامه دارای کدملی شماره
شغل نشانی محل کار کدپستی محل کار
نشانی محل سکونت کدپستی محل سکونت

با آگاهی کامل از تعهدات دانشجو ، ضمن عقد خارج لازم و بر مبنای ماده ۱۰ قانون مدنی متعهد می شویم که تعهدات فوق الذکر دانشجو ، تعهد اینجانبان بوده و ملتزم می شویم ، چنانچه دانشجوی مذکور ، به تعهدات خود به شرح فوق الذکر عمل نکند و از هر یک از تعهدات فوق تخلف کند و منظور وزارت بهداشت ، عملی نشود ، نقض تعهد دانشجو به منزله نقض تعهد اینجانبان بوده و وزارت بهداشت حق دارد ، بدون هیچ گونه تشریفات ، به صرف اعلام به دفترخانه ، در مورد تخلف از هر یک از تعهدات فوق ، از طریق صدور اجرائیه سه برابر هزینه‌های انجام شده بابت دانشجو (به شرح فوق) به علاوه کلیه خسارات وارده را ، از اموال اینجانبان را ساً استیفا کند و ضمن عقد خارج لازم ، وزارت مزبور را وکیل خود در زمان حیات و وصی در زمان ممات قرار دادیم تا نسبت به احراز تخلف از هر یک از تعهدات فوق و تعیین میزان هزینه‌ها و خسارات و مطالبات از طرف اینجانبان با خود م صالحه نماید و با انجام م صالحه هیچ ضرورتی جهت مراجعه به مقام قضائی یا مرجع دیگر برای تعیین این موارد وجود نخواهد داشت و تعیین و تشخیص وزارت مذکور قطعی و غیر قابل اعتراض و موجب صدور اجرائیه خواهد بود . وزارت مذکور مجاز است مطالبات خود را از محل حقوق و مزایای دریافتی و یا هر محل دیگری از اموال و دارایی های اینجانبان وصول کند و اینجانبان متضامناً در برابر وزارت بهداشت متعهد به انجام تعهدات فوق و جبران خسارت و پرداخت مطالبات فوق هستیم.

تبصره : تعهد و مسئولیت ضامنین با متعهد سند نسبت به انجام تعهدات و پرداخت خسارات مندرج در این سند تضامنی است و وزارت بهداشت می تواند برای دریافت تمام یا بخشی از خسارت مستقیماً علیه هر یک از متعهد و ضامنین و یا در آن واحد علیه تمامی آنها اجرائیه صادر و عملیات اجرائی ثبتي را به منظور وصول مطالبات دولت و خسارات تعقیب نموده و یا

نسبت به طرح دعوا اقدام نماید . این قرارداد بر مبنای ماده ۱۰ قانون مدنی بین طرفین قرارداد منعقد شده و بین طرفین لازم الاتباع است .

محل امضاء متعهد

محل امضاء ضامن اول . محل امضاء ضامن دوم

محل امضا نماینده دانشگاه علوم پزشکی (به نیابت)

باسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اراک- واحد دستپاری

فرم ثبت نام مقطع دستپاری

دستپار گرامی خواهشمند است فرم را با دقت و بدون کسری تکمیل فرمایید.

الف) مشخصات شناسنامه ای:

- ۱) نام ۲) نام خانوادگی..... ۳) نام پدر ۴) تاریخ دقیق تولد
۵) استان محل تولد..... ۶) شهرستان محل تولد ۷) شماره شناسنامه.....
۸) محل صدور..... ۹) ملیت ۱۰) دین ۱۱) مذهب.....
۱۲) وضعیت تاهل..... ۱۳) تعداد فرزندان ۱۴) کد ملی.....
۱۵) رشته پذیرفته شده در مقطع دستپاری.....

ب) وضعیت نظام وظیفه:

- ۱) کارت پایان خدمت..... ۲) کارت معافیت دائم پزشکی..... ۳) کارت معافیت دائم
۴) کارت معافیت کفالت..... ۵) کارت معافیت موقت..... ۶) معافیت تحصیلی..... ۷) کارمند
رسمی یا پیمانی نیروی های نظامی..... ۸) اتباع بیگانه ۹) سایر موارد با ذکر مورد
مربوط

ج) سوابق تحصیلی دوره پزشکی عمومی:

- ۱) سال ورود به دوره پزشکی عمومی ۲) دانشگاه محل تحصیل دوره پزشکی عمومی
۳) تاریخ دقیق فراغت از تحصیل دوره پزشکی عمومی. به روز / ماه و سال..... ۴) معدل.....
۵) تاریخ شرکت در امتحان پیش کارورزی..... ۶) شماره نظام پزشکی
۷) وضعیت پروانه مطب: پروانه دائم مطب دارم..... پروانه موقت مطب دارم
پروانه مطب ندارم..... ۸) وضعیت پروانه دائم پزشکی: پروانه دائم پزشکی دارم.....
پروانه دائم پزشکی ندارم.....

د) وضعیت طرح نیروی انسانی:

- ۱) انجام داده ام ۲) انجام نداده ام..... ۳) معاف..... ۴) سایر موارد با ذکر مورد.....

ه) تسویه حساب صندوق رفاه :

۱) دارم ۲) ندارم..... ۳) سایر موارد با ذکر مورد.....

و) مشخصات دوره دستیاری:

۱) دوره پذیرش در آزمون دستیاری ۲) رشته پذیرفته شده : ۳) سهمیه پذیرش: آزاد....

ایشانگری: رزمنده.....جانباز.....آزاده.....خانواده شهدا.....فرزند شهید.....مازاد نیروهای

مسلح.....اتباع بیگانه ۲/۵ درصد انتقالی خارج از کشور

۴) نوع تعهد: عام خاص..... سهمیه مناطق محروم سهمیه مازاد نیروهای مسلح.....

محل تعهد

ز) وضعیت استخدام :

نام ارگان محل استخدام.....

ح) وضعیت سکونت:

۲۴) آدرس محل سکونت

۲۵) آدرس پست الکترونیکی.....

۲۶) شماره تلفن ثابت و همراه

تاریخ تکمیل امضا پذیرفته شده



فرم تعیین وضعیت استخدامی و سلامت جسمانی پذیرفته شدگان دوره دستیاری

الف) وضعیت استخدامی:

بدین وسیله اینجانب آقای/خانم دکتر فرزند..... با شماره شناسنامه پذیرفته شده دوره دستیاری تخصصی بالینی سال در رشته دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان مرکزی (اراک)

۱- متعهد می شوم چنانچه در استخدام سازمان و یا ارگانی باشم نوع استخدام و محل استخدام را در ذیل این برگه ثبت نمایم در غیر اینصورت چنانچه استخدام رسمی قطعی، رسمی آزمایشی، پیمانی و قراردادی هر مرکز دولتی و یا غیر دولتی اینجانب در هر مقطعی از آموزش برای دانشگاه محرز گردد حق اعمال مقررات قانونی برای دانشگاه محفوظ بوده و هیچگونه اعتراضی نخواهم داشت.

محل استخدام، آدرس محل استخدام و شماره تماس :

در استخدام هیچ ارگان دولتی و غیر دولتی نمی باشم.....

آدرس محل سکونت و شماره تماس:

۲- با توجه به مفاد کامل دستورالعمل راهنمای ثبت نام این دوره از آزمون پذیرش دستیاری بدینوسیله اعلام می نمایم ضوابط و مقررات تعیین نقص عضو مؤثر حرفه ای در رشته تخصصی بالینی پزشکی مورد پذیرش را بطور دقیق مطالعه نموده و :

۱- دارای سابقه بیماری نمی باشم.

۲- دارای سابقه بیماری به شرح ذیل می باشم:

-
-
-

امضاء دستیار:

تاریخ:

اطلاعیه ثبت نام دبیر خانه هسته تحقیق و نظر دهی

مدارك مورد نیاز جهت ثبت نام پذیرفته شدگان دستاری

- کپی تمام صفحات شناسنامه دستیار
- کپی کارت ملی دستیار
- ۳قطعه عکس پشت نویسی شده
- کپی حکم کارگزینی در صورت استخدام اداری
- تکمیل کامل دو فرم پیوست ، امضاء و اثرانگشت الزامی است

آدرس : شماره تماس ۰۸۶-۳۳۱۲۷۴۴۰ خانم احمدی

اطلاعیه ثبت نام اداره حراست مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم (ص)

مدارك مورد نیاز جهت ثبت نام پذیرفته شدگان دستاری

- تصویر تمام صفحات شناسنامه دستیار
- تصویر کارت ملی دستیار
- تصویر صفحه اول گذرنامه (در صورت داشتن)
- ۲ قطعه عکس پشت نویسی شده
- تکمیل کامل فرم

آدرس : اراک- سردشت- میدان بسیج- جنب بیمارستان آموزشی، درمانی امیرالمؤمنین (علیه السلام) -
مجتمع آموزشی پیامبر اعظم (ص)- ساختمان کلاسهای آموزشی -بال زرد طبقه سوم اداره حراست دانشکده
پزشکی خانم ابوالحسنی . در صورت داشتن سوال با شماره تلفن ۰۸۶۳۴۱۷۳۵۰۲ الی ۵ داخلی
۱۴۲ تماس بگیرید.

باسمه تعالی

نهادهای نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاه علوم پزشکی استان مرکزی
" فرم استعدادیابی و نخبه پروری دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اراک "

سلام و رحمت؛

دانشجوی عزیز!

این پرسشنامه با هدف اطلاع از توانمندی ها، تجربیات و علاقه مندی جنابعالی نسبت به فعالیت های فرهنگی، اجتماعی، سیاسی تنظیم شده است. تا بتوانیم در طول ایام تحصیل شما، با برنامه ریزی شایسته شما، در زمینه تقویت و شکوفایی استعدادهای شما، حضور فعال و موثر شما را فراهم آوریم، چرا که مسئولین و مدیران فردا، دانشجویان امروز ما هستند.

نام و نام خانوادگی:

رشته تحصیلی:

شماره دانشجویی:

کد ملی:

تاریخ تولد:

محل تولد:

مذهب:

وضعیت تاهل:

تعداد خواهر:

تعداد برادر:

شغل پدر:

شغل مادر:

آدرس منزل:

شماره منزل:

عکس

ارسال فایل الزامی ست

علاقه مند به مشارکت در کدام یک از موارد زیر هستید؟ (اگر در رشته خاصی فعالیت داشته اید حتما قید بفرمائید.)

قرآنی:

فعالیت های مجازی:

هنری:

اجرا:

نشریه:

خیریه:

سیاسی:

ورزشی:

و سایر:

تمایل به شرکت در کدام یک از دوره های زیر را دارید؟

@tarhemotahar

طرح مطهر:

(طرح مطالعاتی کتب استاد مطهری همراه با اضافه شدن ۲ نمره به دروس معارف در هر ترم - اردو و جوایز ارزنده)

@soloukmu

طرح سلوک:

(طرح تربیتی - اخلاقی با رویکرد تمرین ترک یک گناه یا انجام یک واجب هر دو هفته یک بار)

@nahdmu

طرح بقاء نون:

(آموزش ها و آمادگی های لازم جهت انتخاب صحیح همسر - همسر داری و تربیت فرزند)

دوران دانشجویی بهترین فرصت، برای آغاز حرکت های بزرگ

اطلاعیه ثبت نام اداره آموزش دانشکده پزشکی

مدارک لازم جهت ثبت نام دستاران جدید الورود

- رونوشت معرفی نامه معاونت آموزش و تحقیقات دانشگاه
- ارائه تصویر تمام صفحات شناسنامه دستیار + همسر.
- ارائه تصویر کارت ملی پشت و رو دستیار + همسر.
- دوقطعه عکس.
- ارائه اصل و تصویر پروانه دائم پزشکی عمومی.
- ارائه تصویر گواهی پایان یا معافیت طرح.
- ارائه تصویر کارت پایان نظام وظیفه یا مدرک معافیت. (مخصوص داوطلبین آقا).
- ارائه تصویر پروانه مطب.
- ارائه تصویر کارت نظام پزشکی .
- تکمیل فرم ثبت نام واحد دستیاری اداره آموزش پزشکی

آدرس: اراک - سردشت- میدان بسیج- جنب بیمارستان آموزشی، درمانی امیرالمؤمنین (علیه السلام) - مجتمع آموزشی پیامبر اعظم (ص)-ساختمان کلاسهای آموزشی -بال سبز طبقه دوم خانم سالمی رئیس اداره آموزش دانشکده پزشکی. در صورت داشتن سوال با شماره تلفن ۰۸۶۳۴۱۷۳۵۲۹ تماس بگیرید.