

فرم شماره ۱: فرم احراز سکونت

۱- مشخصات فردی:

نام: ۱-		نام خانوادگی: ۲-		نام پدر: ۳-	
شماره شناسنامه: ۴-		شماره ملی: ۵-		جنسیت: ۶-	
تاریخ تولد: ۷-		محل تولد: ۸-		وضعیت خدمت نظام وظیفه: پایان خدمت <input type="checkbox"/> معاف <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> ۹-	
نوع مدرک: دیپلم <input type="checkbox"/> دانشجو <input type="checkbox"/> فارغ تحصیل دانشگاهی: کاردان <input type="checkbox"/> کارشناس <input type="checkbox"/> رشته تحصیلی: ۱۰-		دانشگاه محل اخذ مدرک:			
وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> ۱۱-		تعداد فرزند: ۱۲-			
نام و نام خانوادگی همسر: ۱۳-		تحصیلات همسر: ۱۴-		شغل همسر: ۱۵-	
نشانی کامل محل سکونت فعلی: ۱۶-					
شماره تماس (ثابت): ۱۷-		تلفن همراه: ۱۸-			
شماره تماس در مواقع ضروری: ۱۹-		نام و نام خانوادگی: ۱۹-		نسبت با متقاضی: ۱۹-	

۲۰- اینجانب.....مسئولیت ناشی از عدم رعایت دقیق ضوابط و شرایط اعلام شده در متن آگهی را پذیرفته و چنانچه در هر یک از مراحل پذیرش، خلاف اطلاعات اعلام شده توسط اینجانب محرز شود، مراحل طی شده کان لم یکن تلقی و حتی در صورت شرکت در کلاسهای آموزشی ضمن قبول اخراج، متعهد می گردم برابر تعهد اخذ شده موظف به پرداخت هزینه های مربوطه شوم و حتی در صورت لغو حکم استخدامی صادر شده، حق هر گونه اعتراضی را از خود سلب می نمایم.

تاریخ و امضاء و اثر انگشت:

۲- رضایت نامه سرپرست داوطلب (مخصوص داوطلبان زن)

۲۱- بدینوسیله اینجانب.....سرپرست اولی/قیم خانم/آقای.....فرزند.....رضایت کامل خود را برای شرکت نامبرده در آموزش دوره بهورزی به عنوان بهورز برای خانه بهداشت.....اعلام می دارم.

تاریخ و امضاء و اثر انگشت:

۴- تأییدیه خانه بهداشت، مرکز خدمات جامع سلامت مربوطه:

۲۲- بدینوسیله سکونت خانم/آقای.....فرزند.....باکدملی.....به شماره خانوار.....از تاریخ..... لغایت.....در روستای(اصلی قمر همجوار) به نام روستای.....مورد تأیید می باشد. (در صورت تخلف در تأیید بومی بودن طبق آگهی با همکاران متخلف برخورد قانونی خواهد شد.)

نام و نام خانوادگی مسول مرکز خدمات جامع سلامت:
مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی بهورز خانه بهداشت:
مهر و امضاء

۵- تاییدیه تیم بررسی کنندگان:

۲۴- بدینوسیله سکونت خانم/آقای.....فرزند.....باکدملی.....به شماره خانوار.....از تاریخ..... لغایت.....در روستای(اصلی قمر همجوار) به نام روستای.....طبق بررسی ها ومستندات مورد تأیید می باشد.(در صورت تخلف در تایید بومی بودن طبق آگهی با همکاران متخلف برخورد قانونی خواهد شد).

نام و نام خانوادگی مسول گسترش شهرستان:..... مهر وامضاء

نام و نام خانوادگی رییس مرکز بهداشت شهرستان..... مهر وامضاء

۶- تاییدیه فرماندار یا نماینده وی

۲۲- بدینوسیله بومی بودن و سکونت خانم/آقای.....فرزند.....با کد ملی.....از تاریخ.....لغایت.....در روستای (اصلی) قمر همجوار به نام . روستایمورد تایید می باشد.

شرایط بومی بودن:

- ۱- از لحاظ شناسنامه ای: محل تولد داوطلب با روستا یا شهرستان مورد تقاضا یکی باشد و همچنین سکونت داوطلب حداقل در دو سال اخیر از تاریخ... لغایتدر روستای مورد نظر محرز گردد.
- ۲- حداقل دومقطع کامل از مقاطع تحصیلی(ابتدایی، راهنمایی یا متوسطه اول و متوسطه دوم) را در روستا یا شهرستان مورد تقاضای پذیرش بهورزی طی کرده باشد و همچنین سکونت داوطلب حداقل در دو سال اخیر از تاریخ... لغایتدر روستای مورد نظر محرز گردد.
- ۳- داوطلبان زنی که شرایط بند ۱ و ۲ را نداشته باشند ولی با فرد شاغل در همان روستای محل گزینش بهورزی و دارای شرایط ۱ و ۲ ازدواج کرده باشد حداقل ۲ سال از تاریخ ازدواج آنان تا تاریخ ... گذشته باشد و سکونتشان در محل مورد تقاضای پذیرش بهورزی در این مدت محرز شده باشد بومی تلقی می گردد.
- ۴- داوطلبی که تا قبل از ثبت نام به دلیل ادامه تحصیل ، طرح و یا اشتغال وانجام دوره خدمت وظیفه سربازی در خارج از محل ، سکونت داشته باشند مشروط به آنکه فرمانداری، خانه بهداشت و مرکز بهداشت شهرستان بومی بودن واقامت وی را قبل از وضعیت های فوق در منطقه مورد تقاضا تایید نمایند. پذیرش آن ها بلامانع می باشد. لذا برای گروههای مذکور اقامت در دو سال اخیر در روستای مورد نظر مشروط بر اینکه خانواده وی اقامت دایم در روستای مورد نظر داشته باشند ضرورت ندارد.
- ۴- در راستای سیاست حفظ ثبات ودوام خانواده وهمچنین لحاظ نمودن قانون حمایت از خانواده پذیرش داوطلبان متاهل مطابق با بند ۱ و ۲ که تا قبل از ثبت نام به ادامه تحصیل ، گذراندن مدت طرح وانجام دوره خدمت سربازی به همراه همسر خود در خارج از روستا سکونت داشته اند بلامانع می باشد

نام و نام خانوادگی فرماندار یا نماینده وی

مهر وامضاء

برگ درخواست شغل بهورزی از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز (شماره ۲)

۱- نام خانوادگی:		۲- نام	
۳- نام پدر:		۴- جنس: ۱- مرد <input type="checkbox"/> ۲- زن <input type="checkbox"/>	
۵- تاریخ تولد: روز		۶- محل تولد: استان: شهرستان:	
ماه		بخش: روستا:	
۷- شماره شناسنامه:		۸- کد ملی:	
۹- محل صدور شناسنامه:			
۱۰- دین:		۱۱- وضعیت تاهل: ۱- متاهل <input type="checkbox"/> ۲- مجرد <input type="checkbox"/> تعداد فرزند:	
۱۲- وضعیت نظام وظیفه: ۱- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> (مدت خدمت ضرورت ماه سال) ۲- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/>			
۱۳- وضعیت اینترگری: (در صورت داشتن هر کدام از شرایط زیر گواهی مربوطه ضمیمه گردد.) ۱- <input type="checkbox"/> جانبازان ۲- <input type="checkbox"/> آزادگان ۳- <input type="checkbox"/> فرزندان شهید ۴- <input type="checkbox"/> فرزندان جانبازان ۵- <input type="checkbox"/> فرزندان آزادگان دارای یکسال اسارت و بالای یکسال اسارت			
۱۴- سایر موارد ۱- سهمیه آزاد <input type="checkbox"/> ۲- معلولین <input type="checkbox"/> ۳- افراد بومی <input type="checkbox"/> ۴- مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان <input type="checkbox"/> (مدت خدمت ... روز ... ماه ... سال) گواهی ضمیمه گردد.			
۱۵- آخرین مدرک تحصیلی: <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/>			
۱۶ رشته تحصیلی:		گرایش تحصیلی:	
۱۷- دانشگاه محل تحصیل:		استان محل تحصیل:	
۱۸- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی:/...../۱۳		۱۹- نوع دیپلم	
محل اخذ دیپلم:		معدل دیپلم	
۲۰- محل جغرافیایی شغل بهورزی مورد تقاضا (فقط روستایی انتخاب شود که فرد متقاضی بومی آن روستا باشد).....			
۲۱- محل جغرافیایی انجام طرح برای مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان که در حین انجام تعهدات قانونی هستند. محل خدمت			
۲۲- نشانی کامل: محل سکونت: استان: شهرستان: روستا: خیابان: کوچه: پلاک:			
کد پستی: شماره تلفن ثابت: شماره تلفن همراه:			
۲۳- دو شماره تلفن برای تماس ضروری: و			
اینجانب آقا/خانم متقاضی شرکت در آزمون پیمانی /قرارداد کار معین دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز متن آگهی را با دقت و به طور کامل مطالعه و سپس تقاضای فوق را تکمیل نموده و مسئولیت صحت کلیه مندرجات آن را به عهده می گیرم (از نظر محل سکونت اعلام شده و غیره ...) در صورت اثبات خلاف اظهارات اینجانب در هر مقطع زمانی (قبل و بعد از اشتغال) هر گونه حقی را برای استخدام در آن دستگاه از خود سلب می نمایم .			
۲۴- تاریخ تنظیم فرم:		نام و نام خانوادگی متقاضی: امضاء و اثر انگشت	

فرم تاییدیه داوطلب و تحویل مدارک مورد نیاز ثبت نام

شهرستان:

نام و نام خانوادگی متقاضی:

نام پدر:

کد ملی:

مدارک مورد نیاز و تحویل شده کاغذی + فایل :

۱- فرم احراز سکونت تکمیل و تحویل شده است.	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	تاریخ تحویل مدرک:
۲- برگ درخواست شغل تکمیل و تحویل شده است:	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	تاریخ تحویل مدرک:
۳- تصویر شناسنامه موجود و تحویل شده است:	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	تاریخ تحویل مدرک:
۴- تصویر کارت ملی موجود و تحویل شده است:	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	تاریخ تحویل مدرک:
۵- تصویر مدرک تحصیلی موجود و تحویل شده است:	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	تاریخ تحویل مدرک:
۶- داوطلب سهمیه ایثارگری دارد یا خیر:	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	تاریخ تحویل مدرک:

در صورتی که سهمیه ایثارگری دارد مدرک معتبر ایثارگری بر اساس آگهی موجود و تحویل شده است: بلی خیر

*** مشمولین سهمیه ۲۵ درصد می بایست تصویر کارت شناسایی از بنیاد شهید و امور ایثارگران یا گواهی از این بنیاد ارائه نمایند.**

*** مشمولین سهمیه ۵ درصد می بایست گواهی لازم از سازمان مربوطه ارائه نمایند.**

۷- عکس در پرونده موجود و تحویل شده است:	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	تاریخ تحویل مدرک:
۸- تصویر کارت پایان خدمت موجود و تحویل شده است:	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	تاریخ تحویل مدرک:
۹- تصویر پایان طرح موجود و تحویل شده است : (در صورت نیاز)	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	تاریخ تحویل مدرک:

اطلاعات فوق مورد تایید اینجناب می باشد

نام و نام خانوادگی متقاضی بهورزی:

تاریخ:

امضا و اثر انگشت:

مدارک فوق در پرونده موجود و تحویل رابط ثبت نام شده است:

نام و نام خانوادگی رابط ثبت نام

نام و نام خانوادگی مسول گسترش

مهر و امضا

مهر و امضا

نام و نام خانوادگی رییس مرکز بهداشت شهرستان

مهر و امضا

*** توجه داشته باشید که مدارکی که بعد از پایان وقت اداری تاریخ ۱۴۰۲/۱۲/۲۶ تحویل داده شود ترتیب اثر داده نمی شود لذا در هنگام ثبت نام به تحویل مدارک مورد نیاز دقت لازم را داشته باشید.**