**بسمه تعالي**

**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي**

**معاونت درمان**

**فرم تحويل مدارك - 1403**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| رديف | مدارك مورد نياز | محل امضاء |
| **1** | پرينت فرم مشخصات فردي |  |
| **2** | تصوير سند تعهد محضري قبل از ورود به دوره دستياري (اعم ازمستخدمين دانشگاهها و سازمانها، نيروهاي نظامي و انتظامي و ...) كه توسط معاونت آموزشي دانشگاه محل تحصيل برابر اصل شده باشد ، لازم بذكراست آن دسته از متعهدين خاص كه محل تعهد ايشان در سند تعهد محضري مشخص نمي باشد ارائه تاييديه محل تعهد از دانشگاه محل تحصيل الزامي مي باشد. تطبیق اسناد تعهد محضری بدو ورود به دوره دستیاری متقاضیان با سهمیه سنجش اعلامی از سوی مرکز سنجش توسط کارشناس محترم درمان الزامی است. |  |
| **3** | اصل و تصویر تمام صفحات شناسنامه - يك قطعه عكس 4×3 |  |
| **4** | اصل و تصوير پشت و روي كارت پايان خدمت يا معافيت ازسربازي براي آقايان (در صورت پيام آوري گواهي انجام كار خدمت نظام وظيفه به عنوان پيام آور بهداشت از دانشگاه محل خدمت) |  |
| **5** | مدارک مورد نیاز جهت استفاده از سهمیه منطقه بومی -فرد متقاضی استفاده از سهمیه مناطق بومی می بایست بطور کامل شرایط مندرج در یکی از بند های الف وب را دارا باشد: الف ) متقاضی متولد استان منطقه انتخابی باشد (اصل و تصویر تمام صفحات شناسنامه). ب ) متقاضی مقطع تحصیلی دبیرستان را در همان استان گذرانده باشد. (اصل و تصویر گواهینامه پایان تحصیلات متوسطه) تبصره : شایان ذکر است انتخاب صرفا یک بند از دو گزینه الف یا ب در سامانه ملاک عمل انتخاب منطقه بومی قرار خواهد گرفت. |  |
| **6** | اصل و تصوير گواهي پايان طرح نيروي انساني (کاردانی پیراپزشکی و پزشکی) با ذكر محل خدمت يا معافيت از طرح (ماده دو، ماده سه، نخبگان و ...) |  |
| **7** | اصل گواهي رسمي از سازمان بنياد شهيد و امور ايثارگران محل سكونت و كارت كامپيوتري (همسر و فرزند شهدا، همسر و فرزند مفقودین جنگ تحمیلی، فرزند جانباز بالای 70 درصد، فرد آزاده و فرد جانباز 50 درصد به بالا) |  |
| **8** | تصوير گواهي انجام طرح يكماهه (زنان و زايمان، جراحي عمومي،جراحي مغز و اعصاب، راديولوژي، بيهوشي) |  |
| **9** | ارائه گواهی از معاونت محترم توسعه مبنی بر اعلام مدت استفاده از ماموریت تحصیلی و کلیه احکام كارگزيني طول دوره تحصیل جهت مستخدمين رسمي كه در آن ماموريت آموزشي يا مرخصي بدون حقوق قيد شده باشد. |  |
| **10** | ارایه گواهی انجام خدمات در بخش دولتی با احتساب ضریب منطقه.  منظور از خدمات دولتی به کلیه فعالیت هایی اطلاق می گردد که فرد به عنوان پزشک عمومی در مراکز پزشکی، آموزشی و درمانی، مراکز درمانی دانشگاه / دانشکده های های علوم پزشکی انجام داده است. |  |
| **11** | فرم همسران متخصصين پزشکی بالینی كه همزمان فارغ التحصيل مي شوند كپي صفحه اول و دوم شناسنامه طرفين و درخواست كتبي مبني بر تقسيم همزمان در صورت امكان در يك استان مورد نياز |  |
| **12** | فرم متخصصین پزشکی بالینی که در سال جاری فارغ التحصیل می گردند و همسر ایشان در حال گذراندن خدمات قانونی مورد تعهد به صورت درمانی در مراکز تابعه دانشگاه علوم پزشکی کشور می باشد.   * ارایه گواهی بروز از معاونت درمان دانشگاه محل خدمت مبنی بر شروع و تداوم خدمت تا پایان آبان ماه 1404 |  |
| **13** | گواهي از معاونت ْآموزشي دانشگاه محل تحصيل جهت دستياران انتقالي خارج از كشور سهميه 5/2 درصد كه درآن مدت دوره تكميلي در ايران و پرداخت يا عدم پرداخت شهريه قيد گرديده باشد.  ارایه گواهی از اداره دانش آموختگان خارج از کشور مبنی بر استفاده یا عدم استفاده از ارز دولتی جهت دستیاران انتقالی از خارج کشور |  |
| **14** | تکمیل فرم استفاده از تسهیلات ماده 27 قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت در خصوص انتقال به محل سکونت خانواده مشمول خانم های متاهل استریت دارای فرزند و تایید آن توسط امور حقوقی دانشگاه محل تحصیل |  |
| **15** | درصورت استفاده از تسهیلات ماده 27 قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت (بند 14) اخذ مدارک به شرح شناسنامه متقاضی ، شناسنامه همسر و فرزندان الزامی است. |  |
| **16** | اینجانب مفاد دستورالعمل اجرائی تعهد خدمت دانش آموختگان رشته های تخصصی پزشکی بالینی و دستورالعمل اصلاح قانون برقراری عدالت آموزشی در پذیرش دانشجو در دوره های تحصیلات تکمیلی و تخصصی ( با توجه به نوع سهمیه پذیرش بدو ورود به دوره دستیاری) را مطالعه نموده و از مفاد قوانین، مقررات و حقوق خود آگاه می باشم و کلیه مدارک مورد نیاز جهت توزیع نیروهای تخصصی را ارایه داده ام . |  |

**اينجانب ........................... فرزند ......... دستيار سال آخر رشته ................... مدارك فوق را كه در مقابل هريك امضاء نموده ام در تاريخ .................... به آقاي/خانم .............................كارشناس معاونت درمان دانشگاه علوم پزشكي ....................... تحويل نمودم و بدينوسيله ضمن اقرار به صحت مدارك تحويلي متعهد مي گردم مدارك ديگري جهت تحويل نداشته و ادعايي نخواهم داشت . لذا در صورت ارایه هرگونه مدرک پس از تاریخ فوق الذکر ادعایی مبنی بر لحاظ نمودن امتیاز نخواهم داشت**