

## فرم استفاده از تسهیلات ماده ۲۷ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

### در خصوص انتقال به محل سکونت خانواده

### مشمولین موضوع قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان

#### قسمت ذیل توسط متقاضی تکمیل گردد:

اینجانب ..... به شماره نظام پزشکی ..... به کد ملی ..... فارغ التحصیل سال ..... متأهل دارای فرزند، مشمول تعهدات موضوع قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان دارای تعهد عام ( به نفع وزارت بهداشت ) می باشم با لحاظ کلیه ضوابط و مقررات مندرج در مفاد قانون مذکور متقاضی انتقال به محل سکونت خانواده در استان ..... می باشم.

مهر و امضاء متقاضی

#### قسمت ذیل توسط کارشناس معاونت درمان دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی محل تحصیل تکمیل گردد:

به استناد نامه شماره ..... مورخ ..... معاونت توسعه آن دانشگاه / دانشکده ، نامبرده مشمول موضوع قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان می باشد. (پیوست گردد)

نام و نام خانوادگی  
تایید کارشناس درمان

#### قسمت ذیل توسط مدیر امور حقوقی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی محل تحصیل تکمیل و نهایی گردد:

اصل مدرک مشاهده و در قسمت مربع علامت زده شود.

۱. به استناد رویت مدارک ذیل نامبرده خانم متاهل دارای فرزند می باشد:

شناسنامه متقاضی  شناسنامه همسر  شناسنامه فرزند

۲. به استناد رویت مدارک ذیل محل سکونت خانواده متقاضی ، استان ..... شهرستان ..... می باشد.

سند مالکیت و یا اجاره نامه با کد رهگیری متقاضی یا همسر

**منضم به مدارک یکی از ردیف های ذیل:**

الف ) آخرین مصدق حکم کارگزینی همسر ( جهت مستخدمین دستگاه های اجرایی )

ب) گواهی اشتغال بکار و سوابق بیمه همسر به مدت حداقل یکسال (جهت شاغلین شرکت ها و موسسات خصوصی)

ج) پروانه اشتغال به حرف و یا جواز کسب واجد اعتبار( اصنافی که با جواز کسب فعالیت می نمایند)

د) گواهی اشتغال به تحصیل همسر ( جهت دستیاران)

نام و نام خانوادگی

تایید نهایی مدیر امور حقوقی دانشگاه / دانشکده

موارد فوق الذکر مورد تایید است . مراتب جهت تایید نهایی به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ارسال می گردد.

نام و نام خانوادگی

امضاء و تایید معاون درمان دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی