



فرم ورود اطلاعات متقاضی مسئول فنی

مشخصات متقاضی مسئول فنی :			
مشخصات فردی	نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:
	محل صدور:	تاریخ تولد: / /	کد ملی:
مشخصات تماس	نشانی محل سکونت:	شهر:	پلاک:
	خیابان اصلی:	خیابان فرعی:	کد پستی:
توضیحات (نوع نوبت، تخصص، مدرک)	تلفن:	تلفن همراه:	وب سایت:
	این قسمت براساس پروانه دائم / یا دانشنامه / یا پایان طرح نیروی انسانی / یا آخرین مدرک تحصیلی تکمیل گردد.		
سوابق فعالیت و اشتغال	مقطع: <input type="checkbox"/> کاردان <input type="checkbox"/> کارشناس <input type="checkbox"/> کارشناس ارشد <input type="checkbox"/> دکترای حرفه ای <input type="checkbox"/> PhD <input type="checkbox"/> متخصص <input type="checkbox"/> فوق تخصص <input type="checkbox"/> سایر		
	رشته / تخصص و یا سایر موارد ذکر شود: نوع دانشگاه: <input type="checkbox"/> دانشگاه علوم پزشکی <input type="checkbox"/> دانشگاه آزاد اسلامی <input type="checkbox"/> سایر دانشگاههای کشور <input type="checkbox"/> دانشگاه های خارج از کشور نام دانشگاه: _____ نام دانشگاه: _____ زمان فارغ التحصیلی: _____ زمان فارغ التحصیلی: _____ شماره نظام پزشکی: _____ تذکر: شماره نظامهایی که توام با حروف و اعداد میباشد به صورت نمونه نوشته شوند: م-۱۹۹۶		
<input type="checkbox"/> عدم وابستگی استخدامی به دولت- <input type="checkbox"/> عضو هیئت علمی رسمی یا پیمانی تمام وقت وزارت بهداشت یا دانشگاه علوم پزشکی <input type="checkbox"/> عضو هیئت علمی نیمه وقت <input type="checkbox"/> کارمند رسمی یا پیمانی غیر هیئت علمی وزارت بهداشت یا دانشگاه علوم پزشکی- <input type="checkbox"/> کارمند رسمی یا پیمانی <input type="checkbox"/> سایر وزارتخانه ها یا سازمانها <input type="checkbox"/> کارمند قراردادی وزارت بهداشت یا سایر سازمانها- <input type="checkbox"/> ضریب کل- <input type="checkbox"/> کارمند بازنشسته			

در صورت داشتن پروانه مطب پرکردن جدول ذیل الزامی است

مشخصات پروانه مطب	شهر:	تاریخ صدور:	تاریخ اعتبار:
-------------------	------	-------------	---------------

سوابق فعالیت

ردیف	ارگان یا محل انجام کار	طول مدت خدمت (به ماه ذکر شود)

مجموع مدت سوابق کار: ماه



تایید صحت مشخصات و تعهدنامه مسئول فنی:

اینجانب _____ با آگاهی و قبول شرح وظایف بعنوان مسئول فنی ، مندرجات این فرم را تأیید نموده و نیز تصدیق می نمایم:

- ۱- آئین نامه موسسه را به دقت مطالعه نموده ام.
- ۲- شرح وظایف خود را به دقت مطالعه نموده ام.
- ۳- با در نظر گرفتن این درخواست، بعنوان مسئول فنی در سه نوبت کاری در شبانه روز و نیز در یک نوبت کاری بطور همزمان در دو موسسه فعالیت ندارم.
- ۴- در صورت درخواست استعفا حداقل ۳ ماه قبل مراتب را به موسس اعلام نموده و تا سه ماه پس از ارائه درخواست استعفا نیز (در صورت عدم معرفی مسئول فنی جانشین) ،مسئولیت فنی موسسه را به عهده خواهم داشت.

نام و نام خانوادگی و

امضاء و درج مهر نظام پزشکی مسئول فنی



فرم تقبل مسئولیت فنی

اینجانب آقای /خانم پزشک عمومی /متخصص /کارشناس دارای شماره نظام پزشکی..... با خواندن دقیق شرح وظایف و نیز اطلاع از مفاد آئین نامه موسسه مسئولیت فنی نوبت /نوبت های کاری را در موسسه از تاریخ صدور پروانه مسئول فنی، طبق قرارداد به مدت سال تقبل نموده و تعهد می نمایم در مدت قرارداد خود با موسسه فوق در نوبت های کاری قید شده در پروانه مسئولیت فنی، در موسسه حضور داشته و چنانچه قصد استعفا داشته باشم (غیر از موارد اضطراری) مراتب را حداقل ۳ ماه پیش از ترک موسسه به موسس اطلاع دهم و در هر صورت تا ۳ ماه پس از انصراف در صورت عدم معرفی مسئول فنی دیگر، مسئولیت امور موسسه به عهده اینجانب می باشد

نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مسئول فنی