

نمونه برگ اعلام آمادگی برای انجام مصاحبه اختصاصی

- ۱- احتراماً بدینوسیله اینجانب فرزند دارای کد ملی به شماره داوطلبی داوطلب بررسی استان در روز مورخ زمان مراجعه برای انجام مصاحبه تخصصی ضمن مطالعه دقیق و اطلاع از موارد ذیل و همچنین مفاد اعلامیه مورخ سازمان سنجش آموزش کشور برای رشته های دارای شرایط خاص و شرایط و ضوابط اختصاصی مندرج در دفترچه پیوست شماره (۲) راهنمای انتخاب رشته های تحصیلی آزمون سراسری سال ۱۴۰۰ ه. ش. متعهد و ملتزم می شوم ضمن رعایت مفاد ذیل و شرایط و ضوابط اعلام شده از سوی آموزش و پرورش، چنانچه در ردیف پذیرفته شدگان نهایی دانشگاه فرهنگیان و یا دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی قرار گیرم اقدام وادامه تحصیل نمایم:
- ۱- به این موضوع اشراف کامل دارم که موفقیت در مصاحبه تخصصی و بررسی صلاحیت های عمومی به منزله قبولی فرد در دانشگاه فرهنگیان و دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی تلقی نمی گردد. بلکه کلیه داوطلبان باید واجد شرایط و مصاحبه تخصصی و بررسی صلاحیت های عمومی بوده و در گزینش نهایی که بر اساس ضوابط توسط سازمان سنجش آموزش کشور انجام می گردد، دارای نمره علمی نهایی بالاتر در مقایسه با سایر داوطلبان در یک رشته محل انتخابی نیز باشند.
- ۲- به موجب ماده ۷ قانون خدمت وظیفه عمومی مصوب ۱۳۷۲ و تکلیف مقرر در مصدق ماده ۹ قانون اصلاح مواد ۱ و ۱۶ مصوب ۱۳۹۰/۸/۱۶ مجلس شورای اسلامی فارغ التحصیلان ذکور دانشگاه های وابسته به آموزش و پرورش قبل از انتقال بکار در آموزش و پرورش و صدور حکم استخدام رسمی - قطعی مکلف به گذراندن دوره آموزش روزم ابتدائی می باشند. در صورت عدم مراجعه برای گذراندن دوره آموزش روزم ابتدائی، بروز مشکلاتی در راستای تبدیل وضعیت استخدامی به عهده دانشجو خواهد بود.
- ۳- رشته های مورد نیاز آموزش و پرورش در پردیس ها که دانشجو معلمان آن برای تشکیل کلاس در محل قبولی به جانشینان لازم یعنی حداقل ۲۰ نفر نرسد سازمان مرکزی دانشگاه فرهنگیان می تواند به تشخیص خود نسبت به جابه جایی پذیرفته شدگان در پردیس های خود در سطح کشور اقدام نماید.
- ۴- موضوع اینجانب و صدور احکام کارگزینی پذیرفته شدگان نهایی بر اساس منطقه محل خدمت تعیین نشده در دفترچه شماره (۲) راهنمای انتخاب رشته های تحصیلی پس از طی مراحل قانونی و نایب مراجع ذیصلاح، از موزع به بعد خواهد بود.
- ۵- از معرفی شدگانی مصاحبه علمی - تخصصی به عمل خواهد آمد. که دارای شرایط و ضوابط مندرج در دفترچه پیوست شماره (۲) راهنمای انتخاب رشته های تحصیلی آزمون سراسری سال ۱۴۰۰ ه. ش. باشند. چنانچه در هر مرحله از تحصیل مشخص شود که فاقد شرایط مزبور، هشتم از ادامه تحصیل محروم و مکلف به پرداخت هزینه ها خواهیم بود. برخی از شرایط دفترچه دارای سوره علمی کل ۵۰۰ نفر بالاتر در زیر گروه آزمایشی مربوط به داشتن حداقل معدل کل ۱۴ در دوره متوسطه ی دوم، داشتن حداقل سن ۲۴ سال تمام (متولدین از ۱۳۷۷ به بعد) بومی بودن در کدرشته محل پذیرفته شده، برخورداری از سلامت کامل تن و روان و شرایط مناسب جسمانی برای حسن انجام وظیفه علمی (توانایی گفتاری، قدرت بینایی، قدرت شنوایی، تناسب قد و وزن)
- ۶- متعهد و ملتزم می شوم چنانچه غیر واجد شرایط فوق و یا دفترچه آزمون و اعلامیه و مقررات اعلام شده، باشم آموزش و پرورش از بررسی صلاحیت های عمومی و بررسی ویژگیهای جسمانی، انجام مصاحبه اختصاصی، تحصیل و یا استخدام اینجانب جلوگیری نماید و حسب مورد مکلف به پرداخت خسارت نیز خواهم بود.
- ۷- تغییر اولویت انتخابی، رشته و تغییر گزینش و همچنین تغییر سهمیه خدمتی تحت هر شرایط و وفق ضوابط اعلام شده مجاز نبوده و در طول تحصیل و بعد از فراغت از تحصیل در خواستی در این خصوص نخواهم داشت.
- ۸- مسئولیت ناشی از عدم رعایت دقیق ضوابط و شرایط اعلام شده به عهده اینجانب خواهد بود. تشخیص آموزش و پرورش در هر یک موارد فوق، غیر قابل اعتراض بوده و دستگاه مزبوره حق اقدام قضایی و صدور احکام در صورت تخلف علیه اینجانب را ندارد.
- ۹- بررسی ویژگی های جسمانی بر اساس ضوابط خواهد بود که آموزش و پرورش در زمان بررسی ویژگی های جسمانی اعلام می نماید.
- ۱۰- متعهد و ملتزم می شوم اگر جزء پذیرفته شدگان نهایی قرار گرفته و پس از ثبت نام در دانشگاه محل قبولی، در صورت ترک تحصیل یا انصراف از تحصیل معنوعیت از تحصیل، انصراف و یا انفصال از خدمت، استعفاء از استخدام، عدم استخدام ناشی از تقصیر، ترک خدمت، باز خرید نمودن و بطور کلی در صورت فراهم نمودن موجبات عدم ایفای تمام یا قسمتی از خدمت مورد تعهد، مکلف خواهم بود دو برابر هزینه حقوق و دیوایر هزینه های دوره تحصیلی را حسب اعلام آموزش و پرورش و دانشگاه محل تحصیل، حسب مورد به توسط آموزش و پرورش یا دانشگاه پرداخت نمایم.

نام و نام خانوادگی داوطلب تاریخ / امضاء، و اثر انگشت



سال هجری تولد

نمونه برگ شماره ۴ - الف

معاونت برنامه‌ریزی و توسعه منابع

الف - خود اظهاری و سوابق بیماری (توسط داوطلب)

الف- ۱) مشخصات عمومی داوطلب: لازم به ذکر است محتویات این پرسشنامه و معاینات کاملاً محرمانه می باشد

بند ۱. نام و نام خانوادگی:	بند ۲. متولد: / /	کد ملی:
بند ۳. جنسیت: ۱. مذکر <input type="checkbox"/> ۲. مؤنث <input type="checkbox"/>	بند ۴. وضعیت تاهل: ۱. مجرد <input type="checkbox"/> ۲. متاهل <input type="checkbox"/> ۳. سایر <input type="checkbox"/>	
بند ۵. نام پدر/ مرکز اسازمان:	بند ۶. نام آخرین مدرسه ای که تحصیل کرده اید:	
بند ۷. گروه آزمایشی معرفی شده:		
بند ۸. آدرس پست الکترونیک: (ایمیل)		
بند ۹. شماره تلفن ثابت و همراه:		
بند ۱۰. خدمت سربازی ۱. رفته ام <input type="checkbox"/> ۲. نرفته ام <input type="checkbox"/> ۳. دارای معافیت هستم <input type="checkbox"/> علت معافیت ذکر شود		

الف- ۳) سابقه پزشکی فرد (توسط داوطلب تکمیل گردد)

بند ۱. کدامیک از مشکلات زیر را تاکنون داشته اید؟ ۱. اختلالات قلبی و عروقی <input type="checkbox"/> ۲. احساس خستگی مزمن <input type="checkbox"/> ۳. دردهای اسکلتی-عضلانی <input type="checkbox"/> ۴. ناراحتی های گوارشی <input type="checkbox"/> ۵. فشار خون بالا <input type="checkbox"/> ۶. سردرد دوره ای <input type="checkbox"/> ۷. یبایت (بیماری قند) <input type="checkbox"/> ۸. اختلال کارکرد تیروئید <input type="checkbox"/> ۹. کم خونی تایید شده <input type="checkbox"/> ۱۰. بالا بودن چربی خون <input type="checkbox"/> ۱۱. تشنج و صرع <input type="checkbox"/> ۱۲. آسم و سایر بیماری های مزمن تنفسی <input type="checkbox"/> ۱۳. کاهش شنوایی <input type="checkbox"/> ۱۴. بیماری های صعب العلاج (سرطان، ام ای وی و...) <input type="checkbox"/> ذکر شود..... ۱۵. مشکلات دستگاه اداری (عفونت، سنگ و...) <input type="checkbox"/> ۱۶. سابقه عمل جراحی یا بستری شدن در بیمارستان <input type="checkbox"/> علت..... ۱۷. مشکلات مادرزادی <input type="checkbox"/> ذکر شود..... ۱۸. معلولیت <input type="checkbox"/> نوع و علت..... ۱۹. سابقه بیماریهای عفونی (سل، هیپاتیت B، ایدز، تب مالیت و...) <input type="checkbox"/> در صورت ابتلاء هر کدام ذکر کنید..... ۲۰. سابقه هیچکدام از بیماری های فوق را ندارم <input type="checkbox"/> ۲۱. آیا در دیدن رنگ ها مشکل دارید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
بند ۱۲. هنگام انجام فعالیت های بدنی دچار کدامیک از مشکلات زیر می شوید؟ ۱. درد قفسه سینه <input type="checkbox"/> ۲. سرگیجه <input type="checkbox"/> ۳. سرفه <input type="checkbox"/> ۴. تنگی نفس <input type="checkbox"/> ۵. هیچکدام <input type="checkbox"/>
بند ۱۳. آیا در حال حاضر تحت درمان با داروی خاصی هستید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> نام دارو ها ذکر شود.....
بند ۱۴. آیا سابقه حساسیت به دارو یا غذای خاصی دارید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> نام دارو ها، علت و مدت استفاده ذکر شود.....



سال هجری شمسی

معاونت برنامه‌ریزی و توسعه منابع

بند ۱۵. آیا بدون تجویز پزشک دارویی مصرف می‌کنید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/>
اگر جوابتان مثبت است چه دارویی مصرف می‌کنید؟ ۱. آنتی بیوتیک <input type="checkbox"/> ۲. مسکن های ساده <input type="checkbox"/> ۳. دیابت (بیماری قند) <input type="checkbox"/> ۴. داروهای آرامبخش <input type="checkbox"/> ۵. داروهای نیروزا <input type="checkbox"/> ۶. سایر موارد <input type="checkbox"/> ذکر شود.....
بند ۱۶. آیا تاکنون سابقه ای از مصرف مواد مخدر (تریاک، هروئین، حشیش و.... و مواد محرک مثل شیشه، اکستازی) و.... داشته اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> چه سالی <input type="checkbox"/> و چه مدت <input type="checkbox"/> ذکر کنید.....
بند ۱۷. آیا تاکنون سابقه ای از مصرف سیگار، قلیان و یا پیپ داشته اید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/>
چه سالی..... و چه مدت..... آیا ادامه دارد؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/>
بند ۱۸- گروه خونی و RH شما چیست؟.....
الف- ۴) سابقه پزشکی خانواده (توسط داوطلب تکمیل گردد) بند ۱۹- کدامیک از موارد زیر در خانواده در چه یک پدر، مادر، خواهر و برادر شما وجود دارد؟ ۱. فشار خون بالا <input type="checkbox"/> ۲. سابقه سکته قلبی زیر پنجاه سال <input type="checkbox"/> ۳. دیابت (بیماری قند) <input type="checkbox"/> ۴. سرطان <input type="checkbox"/> ۵. مصرف دخانیات (سیگار، پیپ، قلیان) <input type="checkbox"/> ۶. بالا بودن چربی های خون <input type="checkbox"/> ۷. بیماری های اعصاب و روان <input type="checkbox"/> ۸. بیماری های کلیوی <input type="checkbox"/> ۱۰. بیماری های روده ای (کولیت اولسرو، کرون) <input type="checkbox"/>
الف- ۵) وضعیت ایمنی سازی (توسط داوطلب تکمیل گردد) بند ۲۰. آیا واکسیناسیون شما کامل انجام شده است؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> ۳. نمی دانم <input type="checkbox"/>
بند ۲۱. آیا واکسن هپاتیت ب را دریافت کرده اید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> ۳. نمی دانم <input type="checkbox"/>
بند ۲۲. آیا در دوره دیبرستان واکسن توام (دیفتری، کزاز) دریافت کرده اید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> ۳. نمی دانم <input type="checkbox"/>

الف- ۶) این قسمت توسط داوطلب به دقت مطالعه و تکمیل میگردد
(این نمونه برگ توسط داوطلب و در حضور پزشک معاین تکمیل و امضا و تحویل پزشک معاین میگردد تا در پرونده پزشکی داوطلب نگهداری شود)
تاریخ تکمیل..... امضا. و اثر انگشت داوطلب

۱۶/۹

شماره
تاریخ
پیوست

برسمانی

سال هجری ۱۳۸۰

نمون برگ شماره [۳]

سازت برنامہ ریزی و توسعه منابع

نمون برگ اعلام آمادگی برای انجام معاینات پزشکی

الف: اطلاعات مربوط به وضعیت جسمانی داوطلب بر اساس اظهارات خویش:

۱	دیابت	دارم		۹	لوسیتی (سرطان)	دارم		ندارم
۲	سوز گیدی	دارم		۱۰	کم خویش شدید متفاوت به فرغان	دارم		ندارم
۳	آسم	دارم		۱۱	تالاسمی مزبور	دارم		ندارم
۴	نارسایی کلیه	دارم		۱۲	صوع	دارم		ندارم
۵	بیماری های پیشرفته قلبی	دارم		۱۳	افسردگی	دارم		ندارم
۶	اسکروز آن پلاک	دارم		۱۴	اضطراب	دارم		ندارم
۷	بارکینسون	دارم		۱۵	اعصابده سواد مخدره، دحائیات والکل	دارم		ندارم
۸	جذام	دارم						

اینجانب شماره شناسنامه نام پدر شماره داوطلبی در آزمون
سراسری سال ۱۳۸۰ رشته های موردنیاز آموزش و پرورش موارد قید شده در نمون برگ های مربوط به ویژگیهای
جسمانی و معاینات پزشکی را صادقانه و با دقت تکمیل کرده و صحت کلیه مندرجات آن را به عهده می گیرم و به این
موضوع آگاهی کامل دارم که درج هرگونه موارد نادرست و یا کتمان حقیقت در هر مرحله ای از تحصیل و استخدام
مانع پذیرفته شدن اینجانب خواهد شد. واز کلیه شرایط و ضوابط اعلام شده ازسوی آموزش و پرورش در دفترچه
آزمون و اطلاعیه مربوط و همچنین ضوابطی که در زمان انجام بررسی ویژگی های جسمانی اعلام خواهد شد؛ آگاهی
کامل داشته و متعهد و ملتزم می شوم که مطابق ضوابط آموزش و پرورش عمل نمایم.

تاریخ تکمیل امضاء، و اثر انگشت داوطلب

۱۱
۲۱/۹

پیوست ها

پیوست ۱: فرم خوداظهاری کارکنان و داوطلبان آزمون

اینجانب..... دارای کد ملی به شماره..... شاغل/..... دارای عنوان شغلی..... اظهار می نمایم:

۱- در سه روز اخیر علائم زیر را نداشته ام:

تب ☐ لرز ☐ سرفه ☐ تنگی نفس ☐ گلودرد ☐ بدن درد ☐ احساس خستگی و ضعف ☐ درد

یا احساس سنگینی در قفسه سینه

۲- سابقه تماس نزدیک (فاصله کمتر از ۲ متر) با فرد مبتلا به کووید-۱۹ (کرونا ویروس) در دو هفته اخیر را نداشته ام:

- مراقبت مستقیم فردی از افراد خانواده بیمار مشکوک/محتمل/قطعی کووید-۱۹ کرده است ☐

- هر گونه تماس شغلی با فرد مبتلا به کووید-۱۹ در فضای بسته مشترک (تماس بیش از ۱۵ دقیقه در فاصله کمتر از ۲ متر) ☐

- همسفر بودن با فرد مبتلا به کووید-۱۹ در وسیله نقلیه مشترک ☐

۳- اطلاعات سلامت و علائم تنفسی خود را در سامانه salamat.gov.ir ثبت کرده ام ☐

اینجانب..... به کد ملی..... تعهد می نمایم در صورت بروز هر گونه علائم تنفسی فوق، مراتب را

به مراکز مجری مصاحبه / گزینش اطلاع دهم و نیز گواهی می کنم مجدداً در سامانه salamat.gov.ir ثبت

نام نمایم و پاسخ کلیه پرسش ها را با هوشیاری، دقت و صداقت ثبت کرده ام و هر گونه عواقب ناشی از پاسخ

نادرست و خلاف واقع، به عهده اینجانب می باشد.

امضا

تاریخ

نام و نام خانوادگی