



وزارت آموزش و پرورش

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

مرکز برنامه ریزی منابع انسانی و اموراداری

اعلام آمادگی برای انجام معاینات پزشکی و مصاحبه استخدامی

نمون برگ شماره (۳)

اداره کل آموزش و پرورش استان

احتراماً؛ اینجانب..... فرزند..... باکدملی..... به شماره داوطلبی..... از معرفی شدگان چند برابر ظرفیت آزمون استخدام پیمانی سال ۱۳۹۹ می‌باشم که با علم و آگاهی کامل و مطالعه دقیق مفاد اطلاعیه مورخ ۱۳۹۹/۷/۱۴ سازمان سنجش آموزش کشور در باره آزمون استخدامی وزارت آموزش و پرورش سال ۱۳۹۹ در هشتمین آزمون استخدامی متمرکز دستگاه‌های اجرایی کشور و اطلاع از موارد ذیل، برای شرکت در مراحل مصاحبه استخدامی اقدام نمایم. براین اساس، از کلیه شرایط و ضوابط اعلام شده از سوی آموزش و پرورش در اطلاعیه مزبور و همچنین ضوابطی که در زمان انجام بررسی و ویژگی‌های جسمانی و مصاحبه استخدامی اعلام خواهد شد؛ آگاهی کامل داشته و متعهد و ملتزم می‌شوم که مطابق ضوابط آموزش و پرورش عمل نمایم. بنابراین، مسئولیت ناشی از عدم رعایت دقیق ضوابط و شرایط اعلام شده به عهده اینجانب خواهد بود. تشخیص آموزش و پرورش در هر یک از موارد ذیل غیر قابل اعتراض بوده و دستگاه مزبور حق اقدام قضایی و صدور اجرائیه علیه اینجانب را دارد.

- ۱- با توجه به اینکه گزینش نهایی براساس مجموع نمرهٔ فاضلی هر داوطلب، با وزن هفتاد درصد (۷۰٪) آزمون کتبی و سی درصد (۳۰٪) مصاحبهٔ استخدامی صورت خواهد گرفت، بنابراین معرفی اینجانب برای بررسی ویژگی‌های جسمانی و مصاحبه استخدامی به عنوان قبولی نهایی تلقی نمی‌شود.
- ۲- بررسی ویژگی‌های جسمانی براساس ضوابطی خواهد بود که آموزش و پرورش در زمان بررسی ویژگی‌های جسمانی اعلام می‌نماید.
- ۳- به استناد مجوز شمارهٔ ۹۳۱۶۷-۹۳۱/۲/۳۱-۱۳۹۹ سازمان اداری و استخدامی کشور، متعهد و ملتزم به گذراندن دوره یکسالهٔ مهارت‌آموزی در پردیس‌های دانشگاه فرهنگیان (برای رشته‌های شغلی: دبیر، آموزگار، مربی امور تربیتی، مراقب سلامت و...) و دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی (برای رشته‌های شغلی: هنرآموز و استاد کار) و موفقیت در آزمون جامع می‌باشم. مضافاً، براین موضوع واقفم که تعیین محل گذراندن دوره یکساله مهارت‌آموزی به عهده دانشگاه‌های مزبور خواهد بود. بنابراین، در صورت قبولی نهایی حق هیچ‌گونه درخواستی برای تغییر محل گذراندن دوره یکسالهٔ آموزشی، تحت هر شرایطی اعم تاهل، تجرد، تکلف، بیماری، دوری مسافت و... را ندارم. لازم به ذکر است دوره مهارت‌آموزی یکبار برگزار خواهد شد.
- ۴- وفق ضوابط اعلام شده بخشی از هزینه‌های مصاحبه استخدامی و معاینات پزشکی و همچنین برگزاری دورهٔ یکسالهٔ مهارت‌آموزی (خدمات آموزشی و رفاهی)، برعهدهٔ اینجانب خواهد بود.
- ۵- با توجه به اینکه شرایط و ضوابط برگزاری دورهٔ یکسالهٔ مهارت‌آموزی، پس از قبولی نهایی داوطلبان و در زمان ثبت نام در دوره مزبور از سوی دانشگاه‌های مجری دوره، اعلام خواهد شد. بنابراین متعهد و ملتزم می‌شوم چنانچه جزء قبول شدگان نهایی قرار گیرم ضوابط و مقررات اعلام شده از سوی دانشگاه مجری دوره مزبور را رعایت نمایم.
- ۶- عدم حضور در هر یک از مراحل آزمون (کتبی، مصاحبه، گزینش و...) و همچنین عدم ثبت نام و شرکت در دورهٔ یکسالهٔ مهارت‌آموزی و آزمون جامع به منزله انصراف از استخدام تلقی شده و بعداً هیچ‌گونه حق استخدامی برای اینجانب ایجاد نخواهد کرد. حسب مورد مکلف به پرداخت هزینه‌های مربوطه که از سوی آموزش و پرورش اعلام خواهد شد نیز می‌باشم.
- ۷- تغییر منطقهٔ محل خدمت، بعد از قبولی در آزمون و قبل از اشتغال به کار، تحت هیچ شرایطی مجاز نخواهد بود؛ بعد از اشتغال به کار نیز، تابع ضوابط و مقررات نقل و انتقال فرهنگیان رسمی و پیمانی خواهد بود.
- ۸- متعهد و ملتزم می‌شوم اگر جزء معرفی شدگان نهایی قرار گرفته و پس از ثبت نام در دوره یکسالهٔ مهارت‌آموزی، در صورت ترک دوره یا انصراف از ادامه گذراندن دوره، ممنوعیت از ادامه گذراندن دوره اخراج و یا انفصال از خدمت، استنکاف از استخدام، عدم استخدام ناشی از تقصیر، ترک خدمت، بازخرید نمودن و بطور کلی در صورت فراهم نمودن موجبات عدم ایفای تمام یا قسمتی از خدمت مورد تعهد، مکلف خواهم بود مبلغ ۱۵۰ میلیون ریال و دو برابر هزینه‌های دوره یکسالهٔ مهارت‌آموزی را حسب اعلام آموزش و پرورش و دانشگاه محل گذراندن دوره مزبور را، حسب مورد به آموزش و پرورش یا دانشگاه پرداخت نمایم.

نام و نام خانوادگی داوطلب/ اثر انگشت و امضاء



وزارت آموزش و پرورش

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

مرکز برنامه ریزی منابع انسانی و اموراداری

محرمانه

نمون برگ شماره ۴-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...../...../۱۳.....	کد ملی:
بند ۳. جنسیت: ۱. مذکر <input type="checkbox"/> ۲. مونث <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 پردیس / مرکز / سازمان:	بند ۶. نام آخرین دانشگاهی که تحصیل کرده اید:	
بند ۷. رشته شغلی پذیرفته 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- (۲) سابقه پزشکی فرد (توسط داوطلب تکمیل گردد)

بند ۱۱. کدامیک از مشکلات زیر را تاکنون داشته اید؟

۱. اختلالات قلبی و عروقی ۲. احساس خستگی مزمن ۳. دردهای اسکلتی_عضلانی ۴. ناراحتی های گوارشی

۵. فشار خون بالا ۶. سر درد دوره ای ۷. دیابت (بیماری قند) ۸. اختلال کارکرد تیروئید

۹. کم خونی تایید شده ۱۰. بالا بودن چربی خون ۱۱. تشنج و صرع ۱۲. آسم و سایر بیماری های مزمن تنفسی

۱۳. کاهش شنوایی ۱۴. بیماری های صعب العلاج (سرطان، ام اس، اچ ای وی و...) ذکر شود.....

۱۵. مشکلات دستگاه ادراری (عفونت، سنگ و...) ۱۶. سابقه عمل جراحی یا بستری شدن در بیمارستان علت....

۱۷. مشکلات مادرزادی ذکر شود.... ۱۸. معلولیت نوع و علت....

۱۹- سابقه بیماریهای عفونی (سل، هیپاتیت B، C، ایدز، تب مالت و...) در صورت ابتلاء هر کدام ذکر کنید.....

۲۰. سابقه هیچکدام از بیماری های فوق را ندارم ۲۱. آیا در دیدن رنگ ها مشکل دارید؟ بله خیر

بند ۱۲. هنگام انجام فعالیت های بدنی دچار کدامیک از مشکلات زیر می شوید؟

۱. درد قفسه سینه ۲. سرگیجه ۳. سرفه ۴. تنگی نفس ۵. هیچکدام

بند ۱۳. آیا در حال حاضر تحت درمان با داروی خاصی هستید؟

۱. خیر ۲. بلی نام دارو ها ذکر شود....

بند ۱۴. آیا سابقه حساسیت به دارو یا غذای خاصی دارید؟

۱. خیر ۲. بلی نام دارو ها، علت و مدت استفاده ذکر شود....



وزارت آموزش و پرورش

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

مرکز برنامه ریزی منابع انسانی و اموراداری

<p>بند ۱۵. آیا بدون تجویز پزشک دارویی مصرف می کنید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/></p> <p>اگر جوابتان مثبت است چه دارویی مصرف می کنید؟</p> <p>۱. آنتی بیوتیک <input type="checkbox"/> ۲. مسکن های ساده <input type="checkbox"/> ۳. دیابت (بیماری قند) <input type="checkbox"/> ۴. داروهای آرام بخش <input type="checkbox"/> ۵. داروهای نیروزا <input type="checkbox"/> ۶. سایر موارد <input type="checkbox"/> ذکر شود.....</p>
<p>بند ۱۶- آیا تاکنون سابقه ای از مصرف مواد مخدر (تریاک، هرویین، حشیش و.... و مواد محرک مثل شیشه، اکستازی) و.... داشته اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> چه سالی و چه مدت؟ ذکر کنید</p>
<p>بند ۱۷- آیا تا کنون سابقه ای از مصرف سیگار، قلیان و یا پپ داشته اید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/></p> <p>چه سالی..... و چه مدت..... آیا ادامه دارد؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/></p>
<p><i>این سوال مخصوص خانم ها می باشد</i></p> <p>بند ۱۸- سابقه کدام مورد را داشته اید؟ اختلالات پرئود <input type="checkbox"/> موهای زاید صورت <input type="checkbox"/> بلوغ زودرس <input type="checkbox"/> بلوغ دیررس <input type="checkbox"/> سابقه یا جراحی بیماریهای رحمی <input type="checkbox"/> کیست های تخمدانی <input type="checkbox"/> توده یا ترشحات پستانی <input type="checkbox"/> سایر موارد ذکر کنید.....</p>
<p>بند ۱۹- گروه خونی و Rh شما چیست؟.....</p>

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

<p>بند ۲۰- کدامیک از موارد زیر در خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) شما وجود دارد؟</p> <p>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، پپ، قلیان) <input type="checkbox"/> ۶. بالا بودن چربی های خون <input type="checkbox"/> ۷. چاقی <input type="checkbox"/> ۸. بیماریهای اعصاب و روان <input type="checkbox"/> ۹. بیماری های کلیوی <input type="checkbox"/> ۱۰. بیماری های روده ای (کولیت اولسرو، کرون) <input type="checkbox"/></p>
--

الف-۴) وضعیت ایمنی سازی (توسط داوطلب تکمیل گردد)

<p>بند ۲۱. آیا واکسیناسیون شما کامل انجام شده است؟</p> <p>۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> ۳. نمی دانم <input type="checkbox"/></p>
<p>بند ۲۲. آیا واکسن هیپاتیت ب را دریافت کرده اید؟</p> <p>۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> ۳. نمی دانم <input type="checkbox"/></p>
<p>بند ۲۳. آیا در دوره دبیرستان واکسن توام (دیفتیری، کزاز) دریافت کرده اید؟</p> <p>۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> ۳. نمی دانم <input type="checkbox"/></p>



وزارت آموزش و پرورش
معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع
مرکز برنامه ریزی منابع انسانی و اموراداری

الف-۵) این قسمت توسط داوطلب به دقت مطالعه و تکمیل میگردد

(این نمون برگ توسط داوطلب و در حضور پزشک معاین تکمیل و امضا و تحویل پزشک معاین میگردد تا در پرونده پزشکی داوطلب نگهداری شود)

***اینجانب.....شماره شناسنامه..... نام پدر
.....شماره داوطلبی.....در هشتمین آزمون استخدام متمرکز
دستگاههای اجرای سال ۱۳۹۹ رشتههای مورد نیاز آموزش و پرورش ، موارد قید شده 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 .

نام و نام خانوادگی :

تاریخ:

اثر انگشت و امضاء داوطلب :



وزارت آموزش و پرورش

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

مرکز برنامه ریزی منابع انسانی و اموراداری

محرمانه

نمون برگ شماره ۴-ب

معاینات پزشکی :

ب) - معاینات جسمی : (توسط پزشک)

ب-۱) قد ، وزن ، فشار خون ، BMI

بند-۱-قد(به سانتیمتر)	بند-۴۳. وزن به کیلوگرم..... BMI.....
بند ۲- فشار خون ۱- سیستول:..... ۲- دیا ستول:..... فشار خون بالا(۹۰/۱۴۰ و بالاتر) ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/>	

ب-۲) - اندازه گیری قدرت بینایی :

بند-۳- وضعیت بینایی چشم راست: (بعداز اصلاح با عینک) ۱- ۱۰/۱۰ <input type="checkbox"/> ۲- ۹/۱۰ <input type="checkbox"/> ۳- ۸/۱۰ و کمتر <input type="checkbox"/>
بند-۴- وضعیت بینایی چشم چپ: (بعداز اصلاح با عینک) ۱- ۱۰/۱۰ <input type="checkbox"/> ۲- ۹/۱۰ <input type="checkbox"/> ۳- ۸/۱۰ و کمتر <input type="checkbox"/>
بند-۵- با توجه به وضعیت بینایی مراجعه داوطلب به چشم پزشک توصیه می شود؟ ۱- خیر <input type="checkbox"/> ۲- بلی <input type="checkbox"/>
بند-۶- آیا هر دو چشم سالم است ؟ اگر نه نام بیماری.....
بند-۷- اگر از عینک استفاده می کنید؟ شماره چشم چپ راست آستیگماتیسم :راست چپ

ب-۳) - معاینه لثه و دندان ها:

بند-۸- وضعیت بهداشت دندان ها کدام گزینه است؟ ۱. بد <input type="checkbox"/> ۲. متوسط <input type="checkbox"/> ۳. خوب <input type="checkbox"/>
بند-۹- تعداد دندان های کشیده شده به علت پوسیدگی؟ صفر <input type="checkbox"/> عدد
بند-۱۰- با توجه به معاینات وضعیت دهان و دندان مراجعه داوطلب به دندانپزشک توصیه می شود؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/>



وزارت آموزش و پرورش
معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع
مرکز برنامه ریزی منابع انسانی و اموراداری

ب-۴) معاینات بدنی و بررسی های بالینی :

(همکار گرامی لطفاً پیش از معاینه، مروری بر شرح حال باربارا بیتزولیست بیماری های ممنوع الاستخدام داشته باشید)

۱. پوست و مو: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۲. سر، صورت و گردن: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۳. چشم و پلکها: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۴. دهان، گوش، حلق و بینی: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۵. بیماریهای عفونی: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۶. خون و غدد لنفاوی: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۷. قفسه سینه و پستان: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۸. قلب و عروق طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۹. ریه و تنفس: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۰. سیستم گوارشی: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۱. سیستم کلیه ها و مجاری ادراری - تناسلی: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۲. مغز و اعصاب: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۳. اعصاب و روان: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۴. اندام فوقانی و تحتانی: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۵. بیماری های روماتولوژی، استخوان، مفاصل و عضلات: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۶. غدد و هورمون ها: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۷. معاینات زنان: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....



وزارت آموزش و پرورش

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

مرکز برنامه ریزی منابع انسانی و اموراداری

محرمانه

نمون برگ شماره ۴-هـ

عکس داوطلب

اظهار نظر پزشک در پایان مرحله اول معاینات

آقا / خانم رشته

کد ملی استان پردیس

۱. از نظر جسمی و روانی توانایی کار معلمی را دارد.

۲. از نظر جسمی و روانی توانایی کار معلمی را به دلایل ذیل :

ندارد

تاریخ، امضاء و مهر

پزشک متعهد آموزش و پرورش

**مسئولیت و پاسخگویی به مراجع قانونی در خصوص عدم رعایت ضوابط و مفاد لیست بیماری هایی که ممنوعیت استخدام در آموزش و پرورش را دارند، در تعهد پزشک تایید کننده این فرم می باشد.

تذکره (۱) : صدور نمون برگ شماره ۳-د (نمون برگ ارجاع به پزشک متخصص) در این مرحله برای همه داوطلبان ضرورت ندارد و صرفاً برای افرادی ارائه شود که نظر پزشک متخصص برای اظهار نظر نهایی ضرورت داشته باشد.

تذکره (۲) : صدور حکم استخدام مشروط به سالم بودن در آزمایشات استخدامی می باشد.



وزارت آموزش و پرورش

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

مرکز برنامه ریزی منابع انسانی و اموراداری
