



فرم تعیین وضعیت استخدامی و سلامت جسمانی پذیرفته شدگان دوره دستیاری

الف) وضعیت استخدامی:

بدین وسیله اینجانب آقای/خانم دکتر فرزند..... با شماره شناسنامه پذیرفته شده دوره دستیاری تخصصی بالینی سال در رشته دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان مرکزی (اراک)

۱- متعهد می شوم چنانچه در استخدام سازمان و یا ارگانی باشم نوع استخدام و محل استخدام را در ذیل این برگه ثبت نمایم در غیر اینصورت چنانچه استخدام رسمی قطعی، رسمی آزمایشی، پیمانی و قراردادی هر مرکز دولتی و یا غیر دولتی اینجانب در هر مقطعی از آموزش برای دانشگاه محرز گردد حق اعمال مقررات قانونی برای دانشگاه محفوظ بوده و هیچگونه اعتراضی نخواهم داشت.

محل استخدام، آدرس محل استخدام و شماره تماس :

در استخدام هیچ ارگان دولتی و غیر دولتی نمی باشم.....

آدرس محل سکونت و شماره تماس:

۲- با توجه به مفاد کامل دستورالعمل راهنمای ثبت نام این دوره از آزمون پذیرش دستیاری بدینوسیله اعلام می نمایم ضوابط و مقررات تعیین نقص عضو مؤثر حرفه ای در رشته تخصصی بالینی پزشکی مورد پذیرش را بطور دقیق مطالعه نموده و :

۱- دارای سابقه بیماری نمی باشم.

۲- دارای سابقه بیماری به شرح ذیل می باشم:

-

-

-

امضاء دستیار:

تاریخ: