

بسمه تعالی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان
فرم تحویل مدارک - ۱۴۰۱

ردیف	ملاحظات	حل امضاء
۱	پرینت فرم مشخصات فردی	
۲	تصویر سند تعهد محضری قبل از ورود به دوره دستیاری (اعم از مستخدمین دانشگاهها و سازمانها، نیروهای نظامی و انتظامی و ...) که توسط معاونت آموزشی دانشگاه محل تحصیل برابر اصل شده باشد، لازم بذکراست آن دسته از متعهدین خاص که محل تعهد ایشان در سند تعهد محضری مشخص نمی باشد ارائه ناییدیه محل تعهد از دانشگاه محل تحصیل الزامی می باشد. تطبیق اسناد تعهد محضری بدو ورود به دوره دستیاری متقاضیان با سهمیه سنجش اعلامی از سوی مرکز سنجش توسط کارشناس محترم درمان الزامی است.	
۳	اصل و تصویر تمام صفحات شناسنامه - یک قطعه عکس ۳×۴	
۴	اصل و تصویر پشت و روی کارت پایان خدمت یا معافیت از سربازی برای آقایان (در صورت پیام آوری گواهی انجام کار خدمت نظام وظیفه به عنوان پیام آور بهداشت از دانشگاه محل خدمت)	
۵	مدارک مورد نیاز جهت استفاده از سهمیه منطقه بومی - فرد متقاضی استفاده از سهمیه مناطق بومی می بایست بطور کامل شرایط مندرج در یکی از بند های الف و ب را دارا باشد: الف) متقاضی متولد استان منطقه انتخابی باشد (اصل و تصویر تمام صفحات شناسنامه). ب) متقاضی مقطع تحصیلی دبیرستان را در همان استان گذرانده باشد. (اصل و تصویر گواهینامه پایان تحصیلات متوسطه) تبصره: شایان ذکر است انتخاب صرفاً یک بند از دو گزینه الف یا ب در سامانه ملاک عمل انتخاب منطقه بومی قرار خواهد گرفت.	
۶	اصل و تصویر گواهی پایان طرح نیروی انسانی (کاردانی پیراپزشکی و پزشکی) با ذکر محل خدمت یا معافیت از طرح (ماده دو، ماده سه، نخبگان و ...)	
۷	اصل گواهی رسمی از سازمان بنیاد شهید و امور ایثارگران محل سکونت و کارت کامپیوتری (همسر و فرزند شهید، همسر و فرزند مفقودین جنگ تحمیلی، فرزند جانباز بالای ۷۰ درصد، فرد آزاده و فرد جانباز ۵۰ درصد به بالا)	
۸	تصویر گواهی انجام طرح یکماهه (زنان و زایمان، جراحی عمومی، جراحی مغز و اعصاب، رادیولوژی، بیهوشی)	
۹	ارائه گواهی از معاونت محترم توسعه مبنی بر اعلام مدت استفاده از ماموریت تحصیلی و کلیه احکام کارگزینی طول دوره تحصیل جهت مستخدمین رسمی که در آن ماموریت آموزشی یا مرخصی بدون حقوق قید شده باشد.	
۱۰	ارایه گواهی انجام خدمات در بخش دولتی با احتساب ضریب منطقه. منظور از خدمات دولتی به کلیه فعالیت هایی اطلاق می گردد که فرد به عنوان پزشک عمومی در مراکز پزشکی، آموزشی و درمانی، مراکز درمانی دانشگاه / دانشکده های علوم پزشکی انجام داده است.	
۱۱	فرم همسران متخصصین پزشکی بالینی که همزمان فارغ التحصیل می شوند گپی صفحه اول و دوم شناسنامه طرفین و درخواست کتبی مبنی بر تقسیم همزمان در صورت امکان در یک استان مورد نیاز	
۱۲	فرم متخصصین پزشکی بالینی که در سال جاری فارغ التحصیل می گردند و همسر ایشان در حال گذراندن خدمات قانونی مورد تعهد به صورت درمانی در مراکز تابعه دانشگاه علوم پزشکی کشور می باشد. - ارایه گواهی بروز از معاونت درمان دانشگاه محل خدمت مبنی بر شروع و تداوم خدمت تا پایان آبان ماه ۱۴۰۲	
۱۳	گواهی از معاونت آموزشی دانشگاه محل تحصیل جهت دستیاران انتقالی خارج از کشور سهمیه ۲/۵ درصد که در آن مدت دوره تکمیلی در ایران و پرداخت یا عدم پرداخت شهریه قید گردیده باشد. - ارایه گواهی از اداره دانشی آموختگان خارج از کشور مبنی بر استفاده یا عدم استفاده از ارزش دولتی جهت دستیاران انتقالی از خارج کشور	
۱۴	تکمیل فرم استفاده از تسهیلات ماده ۲۷ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت جهت خانم های متأهل دارای فرزند مشمول قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان متقاضی انتقال به محل سکونت همسر (متعهد عام به نفع وزارت بهداشت)	
۱۵	در صورت استفاده از تسهیلات ماده ۲۷ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت (بند ۱۴) رویت و ارسال تصویر مدارک به شرح شناسنامه متقاضی، شناسنامه همسر و فرزندان و ارسال گواهی مشمولیت قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان به تأیید معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه محل تحصیل الزامی است.	

اینجانب فرزند دستیار سال آخر رشته مدارک فوق را که در مقابل هریک امضاء نموده ام در تاریخ به آقای/خانم کارشناس معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تحویل نمودم و بدینوسیله ضمن اقرار به صحت مدارک تحویلی متعهد می گردم مدارک دیگری جهت تحویل نداشته و ادعایی نخواهم داشت. لذا در صورت ارایه هرگونه مدرک پس از تاریخ فوق الذکر ادعایی مبنی بر لحاظ نمودن امتیاز نخواهم داشت

مهر و امضاء دستیار

مهر و امضاء نماینده دانشگاه