

## اعلام آمادگی برای بررسی مدارک خوداظهاری، ویژگی‌های جسمانی و ارزیابی تکمیلی آزمون استخدامی آموزش و پرورش

### اداره کل آموزش و پرورش استان .....

احتراماً؛ اینجانب..... فرزند..... باکدملی..... به شماره داوطلبی..... از معرفی شدگان چند برابر ظرفیت آزمون استخدام پیمانی سال ۱۴۰۱ می‌باشم که با علم و آگاهی کامل و مطالعه دقیق مفاد دفترچه راهنمای آزمون استخدامی ویژه وزارت آموزش و پرورش (سال ۱۴۰۱) و اطلاعیه‌های بعدی سازمان سنجش آموزش کشور درباره آزمون استخدامی وزارت آموزش و پرورش جهت شرکت در مراحل ارزیابی تکمیلی و صلاحیت عمومی و بررسی ویژگی‌های جسمانی اقدام نمایم. براین اساس از کلیه شرایط و ضوابط اعلام شده از سوی آموزش و پرورش در دفترچه مزبور و اطلاعیه بعدی و همچنین ضوابطی که در زمان انجام بررسی ویژگی‌های جسمانی و ارزیابی تکمیلی و صلاحیت عمومی 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 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 چهل درصد (۴۰٪) آزمون مشترک کتبی و شصت درصد (۶۰٪) ارزیابی تکمیلی صورت خواهد گرفت، بنابراین معرفی اینجانب برای بررسی ویژگی‌های جسمانی، ارزیابی تکمیلی و صلاحیت عمومی، گزینش و سایر مراحل 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 شماره ۹۹۶۶۵ مورخ ۱۴۰۱/۱۲/۰۳ سازمان اداری و استخدامی کشور، متعهد و ملزم به گذراندن دوره یکسالهٔ مهارت‌آموزی در دانشگاه فرهنگیان (برای رشته‌های شغلی: دبیر، آموزگار، مربی امور تربیتی، مراقب سلامت و...) و یا دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی (برای رشته‌های شغلی: هنرآموز) و موفقیت در آزمون جامع می‌باشم. مضافاً براین موضوع واقفم که تعیین محل گذراندن دوره یکساله مهارت آموزی به عهده دانشگاه‌های مزبور خواهد بود. بنابراین در صورت قبولی نهایی حق هیچ گونه درخواستی برای تغییر محل گذراندن دوره یکساله آموزی، تحت هر شرایطی اعم تأهل، تجرد، تکلف، بیماری، دوری مسافت و... را ندارم.

۴- وفق ضوابط اعلامی، پرداخت بخشی از هزینه‌های ارزیابی تکمیلی و صلاحیت عمومی و معاینات پزشکی و همچنین برگزاری دورهٔ یکسالهٔ مهارت‌آموزی (خدمات آموزشی و رفاهی)، برعهدهٔ داوطلب 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، ارزیابی تکمیلی، سنجش و ارزیابی تکمیلی، گزینش و...) و همچنین عدم ثبت نام و شرکت در دورهٔ یکسالهٔ مهارت‌آموزی و آزمون جامع، انصراف تلقی شده و هیچ‌گونه حق استخدامی برای اینجانب ایجاد نخواهد کرد. حسب مورد مکلف به پرداخت هزینه‌های مربوط که از سوی آموزش و پرورش اعلام خواهد شد می‌باشم

۷- تغییر منطقهٔ محل خدمت، بعد از قبولی و قبل استخدام و 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 یکساله مهارت آموزی، 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 دو برابر حقوق و مزایای دریافتی و دو برابر هزینه‌های دوره یکساله مهارت را حسب اعلام آموزش و پرورش و دانشگاه محل گذراندن مزبور را، حسب مورد به توسط آموزش و پرورش یا دانشگاه پرداخت نمایم.

۹- چنانچه داوطلب یا مرجع (شخص حقیقی یا حقوقی) اقدام به ارائه مدارک و مستندات موضوع نمون برگ شماره ۱۹ به صورت غیرواقعی نماید، موضوع پس از استعلام و احراز عدم اعتبار قانونی مدارک و مستندات، مطابق موازین قانونی در مراجع قضایی ذیصلاح طرح شکایت خواهد شد و در هر مرحله از آزمون یا بعد از استخدام یا در طول خدمت چنانچه جعلیت و فقدان اصالت آن محرز شود قبولی و استمرار خدمت داوطلب پس از اثبات موضوع در مرجع قضایی صالح، کان لم یکن تلقی می‌گردد.

نام و نام خانوادگی داوطلب/ اثر انگشت و امضاء

**الف- خود اظهاری و سوابق بیماری (توسط داوطلب)**

(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)

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.....	کدملی:
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- (۳) سابقه پزشکی فرد (توسط داوطلب تکمیل گردد)**

بند ۱۴. کدامیک از مشکلات زیر را تاکنون داشته اید؟

۱. اختلالات قلبی و عروقی  ۲. احساس خستگی مزمن  ۳. دردهای اسکلتی\_عضلانی  ۴. ناراحتی‌های گوارشی

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

۹. کم خونی تأیید شده  ۱۰. بالا بودن چربی خون  ۱۱. تشنج و صرع  ۱۲. آسم و سایر بیماری‌های مزمن تنفسی

۱۳. کاهش شنوایی  ۱۴. بیماری‌های صعب‌العلاج (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 بیماری‌های فوق را ندارم  ۲۱. آیا در دیدن رنگ‌ها مشکل دارید؟ بله  خیر

بند ۱۵. هنگام انجام فعالیت‌های بدنی دچار کدامیک از مشکلات زیر می شوید؟

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

بند ۱۶. آیا در حال حاضر تحت درمان با داروی خاصی هستید؟

۱. خیر  ۲. بلی  نام داروها ذکر شود.....

بند ۱۷. آیا سابقه حساسیت به دارو یا غذای خاصی دارید؟

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

بند ۱۸. آیا بدون تجویز پزشک دارویی مصرف می کنید؟ ۱. خیر  ۲. بلی

اگر جوابتان مثبت است چه دارویی مصرف می کنید؟

۱. آنتی بیوتیک  ۲. مسکن‌های ساده  ۳. دیابت (بیماری قند)  ۴. داروهای آرامبخش  ۵. داروهای نیروزا  ۶. سایر موارد  ذکر شود.....

بند ۱۹- آیا تاکنون سابقه ای از مصرف مواد مخدر و... داشته اید؟ خیر  بلی

چه سالی ..... و چه مدت .....؟ ذکر کنید .....

بند ۲۰- آیا تا کنون سابقه ای از مصرف سیگار، قلیان و یا پیپ داشته اید؟ ۱. خیر  ۲. بلی

چه سالی..... و چه مدت..... آیا ادامه دارد؟ ۱. خیر  ۲. بلی

**این سوال مخصوص خانم‌ها می باشد**

بند ۲۱- سابقه کدام مورد را داشته اید؟ اختلالات هورمونی  بلوغ زودرس  بلوغ دیررس  سابقه یا جراحی بیماریهای رحمی

ناباروری  کیست‌های تخمدانی  توده یا ترشحات پستانی  سایر موارد ذکر کنید.....

بند ۲۲- Rh و گروه خونی شما چیست؟.....

**الف-۴) سابقه پزشکی خانواده (توسط داوطلب تکمیل گردد)**

بند ۲۳- کدامیک از موارد زیر در خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) شما وجود دارد؟

۱. فشار خون بالا  ۲. سابقه سکته قلبی زیر پنجاه سال  ۳. دیابت (بیماری قند)  ۴. سرطان  ۵. مصرف دخانیات (سیگار، پیپ، قلیان)  ۶. بالابودن چربی‌های خون  ۷. چاقی  ۸. بیماریهای اعصاب و روان  ۹. بیماری‌های کلیوی

۱۰. بیماری‌های روده ای (کولیت اولسرو، کرون)

**الف-۵) وضعیت ایمنی سازی (توسط داوطلب تکمیل گردد)**

بند ۲۴. آیا واکسیناسیون شما کامل انجام شده است؟

۱. خیر  ۲. بلی  ۳. نمی دانم

بند ۲۵. آیا واکسن هیپاتیت ب را دریافت کرده اید؟

۱. خیر  ۲. بلی  ۳. نمی دانم

بند ۲۶. آیا در دوره دبیرستان واکسن توام (دیفتی، کزاز) دریافت کرده اید؟

۱. خیر  ۲. بلی  ۳. نمی دانم

**الف-۶) این قسمت توسط داوطلب به دقت مطالعه و تکمیل می‌گردد:**

※ اینجانب..... شماره شناسنامه ..... نام پدر ..... شماره داوطلبی ..... در آزمون استخدام پیمانی سال ۱۴۰۱ رشته‌های مورد نیاز آموزش و پرورش، موارد قید شده را صادقانه و با دقت تکمیل کرده و صحت کلیه مندرجات آن را به عهده می‌گیرم و به این موضوع آگاهی کامل دارم که درج هرگونه موارد نادرست و یا کتمان حقیقت در هر مرحله ایی از تحصیل و استخدام مانع پذیرفته شدن اینجانب خواهد شد.

نام و نام خانوادگی :  
تاریخ:  
اثر انگشت و امضاء داوطلب :

بسمه تعالی

## «فرم استعلام محل سکونت جهت شرکت در امتحانات مشترک فراگیر استخدامی دستگاه‌های اجرایی کشور»

اینجانب ..... فرزند ..... کد ملی ..... از مطلعین و معتمدین محل تقاضا دارم که

شهرستان محل سکونت فعلی و مدت سکونت اینجانب را گواهی نمایند.

با تشکر  
امضا و اثر انگشت

اینجانبان امضاء کنندگان ذیل گواهی می‌نماییم که نامبرده بالا در حال حاضر در بخش ..... شهرستان ..... ساکن است و مدت ..... سال ..... ماه است که در این شهرستان سکونت داشته‌است.

اینجانب ..... به کد ملی ..... صحت مراتب فوق را گواهی می‌نمایم. امضا و اثر انگشت

اینجانب ..... به کد ملی ..... صحت مراتب فوق را گواهی می‌نمایم. امضا و اثر انگشت

اینجانب ..... به کد ملی ..... صحت مراتب فوق را گواهی می‌نمایم. امضا و اثر انگشت

این قسمت توسط نیروی انتظامی (پاسگاه یا کلانتری محل) تکمیل گردد.

موارد فوق مورد تایید این ..... می‌باشد.

محل مهر - امضا  
پاسگاه یا کلانتری محل

### تذکرات مهم:

- ۱- تکمیل این فرم برای تمامی داوطلبان بومی شهرستانی که متقاضی استفاده از اولویت استخدام به لحاظ ساکن بودن با سابقه حداقل ده سال سکونت می‌باشند، الزامی است.
- ۲- داوطلبان بومی شهرستانی که دارای سوابق تحصیلی در مقاطع ابتدایی، راهنمایی و یا دبیرستان در شهرستان مورد تقاضا باشند، با تایید اداره آموزش و پرورش شهرستان مربوطه صرفاً می‌توانند از آن برای احراز تمام و یا قسمتی از سوابق ده سال سکونت در شهرستان مورد تقاضا بهره‌مند گردند و تکمیل این فرم برای احراز ساکن بودن فعلی آنان در شهرستان مورد نظر الزامی می‌باشد.
- ۳- چنانچه متقاضی برای تایید سابقه حداقل ده سال سکونت خود در شهرستان مورد تقاضا، در بیش از یک بخش از شهرستان مربوطه سکونت داشته باشد، می‌تواند از یک نسخه دیگر از این فرم نیز برای این منظور استفاده کند.
- ۴- این فرم صرفاً جهت بهره‌مندی داوطلبان متقاضی استفاده از اولویت بومی شهرستانی (به جز شهرستان تهران و مراکز استان‌ها) در آزمون‌های استخدامی امتحانات مشترک فراگیر دستگاه‌های اجرایی کشور می‌باشد.