

## مشخصات و اعلام همکاری پرسنل موسسه

توجه: لطفا مشخصات مسوول یا مسوولین فنی در این قسمت درج نشود. مگر اینکه یک نفر، هم مسئول فنی و هم پرسنل موسسه باشد.

تعداد پرسنل: .....

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	رشته تحصیلی	مقطع تحصیلی	نوبت کاری و ساعت فعالیت در موسسه	* وضعیت اشتغال در بخش دولتی	پروانه مطب معتبر / آخرین مدرک تحصیلی	امضاء و تعهد پرسنل مربوطه
۱							<input type="checkbox"/>	
۲							<input type="checkbox"/>	
۳							<input type="checkbox"/>	
۴							<input type="checkbox"/>	
۵							<input type="checkbox"/>	
۶							<input type="checkbox"/>	
۷							<input type="checkbox"/>	
۸							<input type="checkbox"/>	
۹							<input type="checkbox"/>	
۱۰							<input type="checkbox"/>	
۱۱							<input type="checkbox"/>	

\* توجه: در این ستون عدد مربوط به یکی از گزینه های زیر قید شود:

- ۱- عدم وابستگی استخدامی به دولت، ۲- عضو هیئت علمی رسمی یا پیمانی تمام وقت وزارت بهداشت یا دانشگاه علوم پزشکی
  - ۳- عضو هیئت علمی نیمه وقت ۴- کارمند رسمی یا پیمانی غیر هیئت علمی وزارت بهداشت یا دانشگاه علوم پزشکی ۵- کارمند رسمی یا پیمانی سایر وزارتخانه ها
- باسازمانها
- ۶- کارمند قراردادی وزارت بهداشت یا سایر سازمانها ۷- ضرب K ۸- کارمند بازنشسته

### تذکره:

اخذ گواهی عدم سوء پیشینه کیفری- گواهی عدم اعتیاد و گواهی عدم سوء پیشینه انتظامی (مخصوص اعضاء سازمان نظام پزشکی) علاوه بر موسس و مسئول فنی، از پرسنل فنی موسسات فیزیوتراپی، موسسات پرتو پزشکی، مرکز آمبولانس خصوصی، مرکز ارائه خدمات بالینی در منزل، مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری و مرکز مشاوره و خدمات مامائی و مرکز درمان سوء مصرف مواد الزامی می باشد

در صورتیکه اسامی پرسنل موسسه بیشتر از فرم فوق میباشد لطفا از فرم مربوطه کپی تهیه نمائید .