



سال هجرت تولید

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

نمون برگ شماره «۱»

نمون برگ اعلام آمادگی برای انجام مصاحبه اختصاصی

احتراماً بدینوسیله ؛ اینجانب فرزند دارای کد ملی به شماره داوطلبی داوطلب بومی استان در روز مورخ زمان مراجعه برای انجام مصاحبه تخصصی ضمن مطالعه دقیق واطلاع از موارد ذیل وهمچنین مفاد اطلاعیه مورخ/...../۱۳۹۹ سازمان سنجش آموزش کشور برای رشته های دارای شرایط خاص و شرایط وضوابط اختصاصی مندرج در دفترچه پیوست دفترچه شماره (۲) راهنمای انتخاب رشته های تحصیلی آزمون سراسری سال ۱۳۹۹، متعهد و ملتزم می شوم ضمن رعایت مفاد ذیل و شرایط وضوابط اعلام شده ازسوی آموزش و پرورش، چنانچه در ردیف پذیرفته شدگان نهایی دانشگاه فرهنگیان ویا دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی قرار گیرم اقدام وادامه تحصیل نمایم:

۱- به این موضوع اشراف کامل دارم که موفقیت در مصاحبه تخصصی و بررسی صلاحیت های عمومی به منزله قبولی فرد در دانشگاه فرهنگیان ودانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی تلقی نمی گردد. بلکه کلیه داوطلبان باید واجد شرایط مصاحبه تخصصی و بررسی صلاحیت های عمومی بوده ودر گزینش نهایی که براساس ضوابط، توسط سازمان سنجش آموزش کشور انجام می گردد، دارای نمره علمی نهایی بالاتر در مقایسه با سایر داوطلبان در کد رشته محل انتخابی نیز باشند.

۲- به موجب ماده ۷ قانون خدمت وظیفه عمومی مصوب ۶۳/۷/۲۹ و تکلیف مقرر در تبصره ماده ۶ قانون اصلاح مواد از وظیفه عمومی مصوب ۱۳۹۰/۹/۱۶ مجلس شورای اسلامی فارغ التحصیلان ذکور دانشگاههای وابسته به آموزش و پرورش قبل اشتغال بکار در آموزش و پرورش و صدور حکم استخدام رسمی - قطعی مکلف به گذراندن دوره آموزش رزم مقدماتی می باشند. در صورت عدم مراجعه برای گذراندن دوره آموزش رزم مقدماتی، بروز هر مشکلی در راستای تبدیل وضعیت استخدامی به عهده دانشجو خواهد بود.

۳- رشته های مورد نیاز آموزش و پرورش در پردیس ها که دانشجو معلمان آن برای تشکیل کلاس در محل قبولی به حد نصاب لازم یعنی حداقل ۲۰ نفر نرسد سازمان مرکزی دانشگاه فرهنگیان می تواند به تشخیص خود نسبت به جابه جایی پذیرفته شدگان در پردیس های خود در سطح کشور اقدام نماید.

۴- موضوع اخذ تعهد و صدور احکام کارگزینی پذیرفته شدگان نهایی براساس منطقه محل خدمت تعیین شده در دفترچه شماره (۲) راهنمای انتخاب رشته های تحصیلی پس از طی مراحل قانونی وتایید مراجع ذیصلاح، از مورخ ۱۳۹۹/۱۱/۱ به بعد خواهد بود.

۵- از معرفی شدگانی مصاحبه علمی - تخصصی به عمل خواهد آمد که دارای شرایط وضوابط مندرج در دفترچه پیوست دفترچه شماره (۲) راهنمای انتخاب رشته های تحصیلی آزمون سراسری سال ۱۳۹۹ باشند. چنانچه در هر مرحله از تحصیل مشخص شود که فاقد شرایط مزبور هستم از ادامه تحصیل محروم ومکلف به پرداخت هزینه ها خواهم بود. برخی از شرایط دفترچه دارای نمره علمی کل ۶۵۰۰ و بالاتر در زیر گروه آزمایشی مربوط، داشتن حداقل معدل کل ۱۴ در دوره متوسطه ی دوم، داشتن حداکثر سن ۲۴ سال تمام (متولدین ۱۳۷۵/۷/۱ به بعد)، بومی بودن در کد رشته محل پذیرفته شده، برخورداری از سلامت کامل تن و روان و شرایط مناسب جسمانی برای حسن انجام وظیفه معلمی (توانایی گفتاری، قدرت بینایی، قدرت شنوایی، تناسب قد و وزن)

۶- متعهد و ملتزم می شوم چنانچه غیر واجد شرایط فوق ویا دفترچه آزمون واطلاعیه ومقررات اعلام شده، باشم آموزش و پرورش از بررسی صلاحیت های عمومی، بررسی ویژگیهای جسمانی، انجام مصاحبه اختصاصی، تحصیل ویا استخدام اینجانب جلوگیری نماید. و حسب مورد مکلف به پرداخت خسارت نیز خواهم بود.

۷- تغییر اولویت انتخابی، رشته وتغییر گرایش وهمچنین تغییر سهمیه خدمتی تحت هر شرایط وفق ضوابط اعلام شده مجاز نبوده و در طول تحصیل و بعد از فراغت از تحصیل درخواستی در این خصوص نخواهم داشت.

۸- مسئولیت ناشی از عدم رعایت دقیق ضوابط و شرایط اعلام شده به عهده اینجانب خواهد بود. تشخیص آموزش و پرورش در هریک موارد فوق، غیر قابل اعتراض بوده و دستگاه مزبور، حق اقدام قضایی و صدور اجرائیه در صورت تخلف علیه اینجانب را دارد.

۹- بررسی ویژگیهای جسمانی براساس ضوابطی خواهد بود که آموزش و پرورش در زمان بررسی ویژگیهای جسمانی اعلام می نماید.

۱۰- متعهد و ملتزم می شوم اگر جزء پذیرفته شدگان نهایی قرار گرفته و پس از ثبت نام در دانشگاه محل قبولی، در صورت ترک تحصیل یا انصراف از تحصیل ممنوعیت از تحصیل، اخراج و یا انفصال از خدمت، استنکاف از استخدام، عدم استخدام ناشی از تقصیر، ترک خدمت، باز خرید 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 هزینه های دوره تحصیلی را حسب اعلام آموزش و پرورش و دانشگاه محل تحصیل، حسب مورد به توسط آموزش و پرورش یا دانشگاه پرداخت نمایم. نام ونام خانوادگی داوطلب تاریخ / امضاء و اثر انگشت



سال هجش تولید

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

نمون برگ شماره [۳]

نمون برگ اعلام آمادگی برای انجام معاینات پزشکی

الف: اطلاعات مربوط به وضعیت جسمانی داوطلب بر اساس اظهارات خویش:

۱	دیابت	دارم	ندارم	۹	لوسیمی (سرطان)	دارم	ندارم
۲	سیروز کبدی	دارم	ندارم	۱۰	کم خونی شدید مقاوم به درمان	دارم	ندارم
۳	آسم	دارم	ندارم	۱۱	تالاسمی مازور	دارم	ندارم
۴	نارسایی کلیه	دارم	ندارم	۱۲	صرع	دارم	ندارم
۵	بیماری های پیشرفته قلبی	دارم	ندارم	۱۳	افسردگی	دارم	ندارم
۶	اسکروز آن پلاک	دارم	ندارم	۱۴	اضطراب	دارم	ندارم
۷	بارکینسون	دارم	ندارم	۱۵	اعتیاد به مواد مخدر، دخانیات و الکل	دارم	ندارم
۸	جذام	دارم	ندارم				

اینجانب شماره شناسنامه نام پدر شماره داوطلبی در آزمون سراسری سال ۱۳۹۹ رشته های موردنیاز آموزش و پرورش موارد قید شده در نمون برگ های مربوط به ویژگیهای جسمانی و معاینات پزشکی 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 هر گونه موارد نادرست و یا کتمان حقیقت در هر مرحله ای از تحصیل و استخدام مانع پذیرفته شدن اینجانب خواهد شد. و از کلیه شرایط و ضوابط اعلام شده ازسوی آموزش و پرورش در دفترچه آزمون و اطلاعیه مربوط و همچنین ضوابطی که در زمان انجام بررسی ویژگی های جسمانی اعلام خواهد شد؛ آگاهی کامل داشته و متعهد و متلزم می شوم که مطابق ضوابط آموزش و پرورش عمل نمایم.

تاریخ تکمیل امضاء و اثر انگشت داوطلب



سال هجش تولید

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

نمون برگ شماره ۴- الف

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 ☐ ۲. مونث ☐	بند ۴. وضعیت تاهل: ۱. مجرد ☐ ۲. متاهل ☐ ۳. سایر ☐	
بند ۵. نام پردیس / مرکز / سازمان:	بند ۶. نام آخرین مدرسه ای که تحصیل کرده اید:	
بند ۷. گروه آزمایشی معرفی شده:		
بند ۸. آدرس پست الکترونیک: (ایمیل)		
بند ۹. شماره تلفن ثابت و همراه:		
بند ۱۰. خدمت سربازی ۱. رفته ام ☐ ۲. نرفته ام ☐ ۳. دارای معافیت هستم ☐ علت معافیت ذکر شود		

الف-۳) 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 بیماری های 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.....



سال هجش تولید

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

بند ۱۵. 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. مسکن های ساده ☐ ۳. دیابت (بیماری قند) ☐ ۴. داروهای آرامبخش ☐ ۵. داروهای نیروزا ☐ ۶. سایر موارد ☐ ذکر شود.....
بند ۱۶- آیا تاکنون سابقه ای از مصرف مواد مخدر (تریاک، هرویین، حشیش و.... و مواد محرک مثل شیشه، اکستازی) و.... داشته اید؟ خیر ☐ بلی ☐ چه سالی و چه مدت؟ ذکر کنید
بند ۱۷- 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 ☐
بند ۱۸- گروه خونی و RH شما چیست؟.....

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

بند ۱۹- 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 چربی های خون ☐ ۷. بیمارهای اعصاب و روان ☐ ۸. بیماری های کلیوی ☐ ۱۰. بیماری های روده ای (کولیت اولسرو، کرون) ☐
--

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

بند ۲۰. آیا واکسیناسیون شما کامل انجام شده است؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ ۳. نمی دانم ☐
بند ۲۱. آیا واکسن هیپاتیت ب را دریافت کرده اید؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ ۳. نمی دانم ☐
بند ۲۲. 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

(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)
تاریخ تکمیل امضاء و اثر انگشت داوطلب

پیوست ها

پیوست ۱: فرم خوداظهاری کارکنان و داوطلبان آزمون

اینجانب..... دارای کد ملی به شماره..... شاغل /..... دارای عنوان
شغلی..... اظهار می نمایم:

۱- در سه روز اخیر علائم زیر را نداشته ام:

☐ تب ☐ لرز ☐ سرفه ☐ تنگی نفس ☐ گلودرد ☐ بدن درد ☐ احساس خستگی و ضعف ☐ درد
یا احساس سنگینی در قفسه سینه

۲- سابقه تماس نزدیک (فاصله کمتر از ۲ متر) با فرد مبتلا به کووید-۱۹ (کرونا ویروس) در دو هفته
اخیر را نداشته ام:

- مراقبت مستقیم فردی از افراد خانواده بیمار مشکوک/ محتمل/ قطعی کووید-۱۹ کرده است ☐
- هر گونه تماس شغلی با فرد مبتلا به کووید-۱۹ در فضای بسته مشترک (تماس بیش از ۱۵ دقیقه در فاصله
کمتر از ۲ متر) ☐

- همسفر بودن با فرد مبتلا به کووید-۱۹ در وسیله نقلیه مشترک ☐

۳- اطلاعات سلامت و علائم تنفسی خود را در سامانه salamat.gov.ir ثبت کرده ام ☐

اینجانب..... به کد ملی..... تعهد می نمایم در صورت بروز هرگونه علائم تنفسی فوق، مراتب را
به مراکز مجری مصاحبه / گزینش اطلاع دهم و نیز گواهی می کنم مجددا در سامانه salamat.gov.ir ثبت
نام نمایم و پاسخ کلیه پرسش ها را با هوشیاری، دقت و صداقت ثبت کرده ام و هرگونه عواقب ناشی از پاسخ
نادرست و خلاف واقع، به عهده اینجانب می باشد.

امضا

تاریخ

نام و نام خانوادگی



پیوست ۱/۱: فرم خوداظهاری مراجعه کنندگان

اینجانب..... دارای کد ملی به شماره..... اظهار می نمایم:		
مبتلا به بیماری کووید-۱۹ ☐ می باشم ☐ نمی باشم. پاسخ فوق را با هوشیاری و صداقت ثبت کرده و هرگونه عواقب ناشی از پاسخ نادرست و خلاف واقع به عهده اینجانب می باشد.		
نام و نام خانوادگی	تاریخ	امضا

پیوست ۲: روش درست شستشوی دستها

دستها باید با آب گرم و صابون به مدت ۲۰ ثانیه به روش زیر شسته شوند:

- ۱- دستها را مرطوب کنید.
- ۲- از صابون مایع استفاده کنید.
- ۳- کف دستها را خوب به هم بمالید.
- ۴- انگشتان را بشوئید.
- ۵- مچها را بشوئید.
- ۶- بین انگشتان را بشوئید.
- ۷- آبخشی کنید.
- ۸- با دستمال کاغذی خشک کنید (استفاده از حوله یکبار مصرف نیز مورد تأیید است)
- ۹- شیر آب را با همان دستمال ببندید.
- ۱۰- دستمال را در سطل زباله دردار بیندازید.