بسمه تعالی

صورتجلسه کمیته جایابی متعهدین خدمت حوزه بهداشت بهره مند از قانون برقراری عدالت آموزشی مورخ ................

در راستای اجرای دستورالعمل "اصلاح قانون برقراری عدالت آموزشی در پذیرش دانشجو در دوره های تحصیلات تکمیلی و تخصصی" ،کمیته مربوطه با حضور اعضا ذیل تشکیل و پس از بررسی و با عنایت به ضوابط مندرج در مفاد دستورالعمل مذکور، موارد به شرح ذیل تصویب گردید.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی: شماره ملی: رشته تحصیلی:**  **دانشگاه محل تعهد: وضعیت تاهل: تعداد فرزند:**  **سال/نیمسال ورود به تحصیل: سال فراغت از تحصیل: شماره نظام پزشکی:**  **مدت زمان تعهد:**  **مدت زمان سپری شده(به ماه) از انجام تعهدات قانون برقراری عدالت آموزشی:**  **مدت زمان باقیمانده(به ماه)از انجام تعهدات قانون برقراری عدالت آموزشی:**  **وضعیت طرح عمومی: انجام داده: انجام نداده: تاریخ شروع طرح: تاریخ پایان طرح:** | | | | | | | |
| **شهرستان یا استان مندرج در سهمیه سنجش:**  **منطقه مندرج در سند تعهد محضری :** | | | | | | | |
| **مشخصات شهرستان مورد تقاضا برای جابجایی:**  **نام شهرستان:**  **جمعیت:**  **نام مرکز خدمات جامع سلامت پیشنهادی(واحد محل خدمت):**  **فاصله تا مرکز استان(کیلومتر):**  **ضریب محرومیت:** | | | | **مشخصات شهرستان فعلی محل خدمت:**  **نام شهرستان:**  **جمعیت:**  **نام مرکز خدمات جامع سلامت(واحد محل خدمت):**  **فاصله تا مرکز استان (کیلومتر):**  **ضریب محرومیت:** | | | |
| **علت درخواست جابجایی:** | | | | | | | |
| **تعداد شاغلین رشته مذکوردر شهرستان مبدا (محل فعالیت فعلی) :** | | | | | | | |
| **تعداد متعهد به خدمت فعلی** | | **تعداد کل پست بلاتصدی** | | **تعداد کل پست مصوب** | | **تعداد کل شاغلین** | |
|  | |  | |  | |  | |
| **تعداد شاغلین رشته مذکوردر شهرستان مقصد ( مورد تقاضا) :** | | | | | | | |
| **تعداد متعهد به خدمت فعلی** | | **تعداد کل پست بلاتصدی** | | **تعداد کل پست مصوب** | | **تعداد کل شاغلین** | |
|  | |  | |  | |  | |
| **جابجایی داخل استان منجر به خلل در ارائه خدمات در شهرستان مبدا ( محل خدمت فعلی فرد متقاضی) خواهد شد؟**  **بلی خیر** | | | | | | | |
| **رای صادره: با جابجایی نامبرده از شهرستان....................... به شهرستان........................ موافقت مخالفت بعمل آمد.** | | | | | | | |
| ریاست دانشگاه/دانشکده | مدیر امور حقوقی  دانشگاه/دانشکده | | معاون آموزشی  دانشگاه/دانشکده | معاون درمان  دانشگاه/دانشکده | معاون توسعه مدیریت، منابع و برنامه ریزی | | معاون بهداشت  دانشگاه/دانشکده |
| نام ، نام خانوادگی /امضا | نام ، نام خانوادگی /امضا | | نام ، نام خانوادگی /امضا | نام ، نام خانوادگی /امضا | نام ، نام خانوادگی /امضا | | نام ، نام خانوادگی /امضا |