بسمه تعالی

صورتجلسه کمیته جایابی پزشکان عمومی/دندانپزشک/داروساز و پیراپزشکان متعهد خدمت بهره مند از قانون برقراری عدالت آموزشی

 **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 نظام پزشکی : رشته:** **دانشگاه محل تعهد: وضعیت تاهل: تعداد فرزند:****سال ورود به تحصیل: سال فراغت از تحصیل: مدت زمان تعهد:****مدت زمان سپری شده(به ماه) از انجام تعهدات قانون برقراری عدالت آموزشی در منطقه مورد تعهد:****مدت زمان باقیمانده(به ماه)از انجام تعهدات قانون برقراری عدالت آموزشی در منطقه مورد تعهد :** |
| **وضعیت طرح عمومی: سپری شده: معاف از طرح عمومی:** **محل گذراندن طرح عمومی: تاریخ شروع طرح عمومی: تاریخ پایان طرح عمومی:** |
| **شهرستان یا استان مندرج در سهمیه سنجش:** **منطقه مندرج در سند تعهد محضری :**  |
| **مشخصات شهرستان مورد تقاضا برای جابجایی:****نام شهرستان:** **جمعیت:****تعداد بیمارستان دانشگاهی در شهرستان:****تعداد تخت فعال:****فاصله تا مرکز استان(کیلومتر):** **ضریب محرومیت:** | **مشخصات شهرستان فعلی محل خدمت:****نام شهرستان:** **جمعیت:****تعداد بیمارستان دانشگاهی در شهرستان:****تعداد تخت فعال:****فاصله تا مرکز استان (کیلومتر):** **ضریب محرومیت:** |
| **مستند قانونی درخواست جابجایی بر اساس دستورالعمل قانون:**ماده 14ماده 13ماده 12ماده 11ماده 10**دلیل درخواست:** |
| **تعداد نیروی موجود رشته مذکوردر شهرستان مبدا (محل فعالیت فعلی) :**  |
| **تعداد متعهد به خدمت فعلی** | **تعداد کل پست بلاتصدی** | **تعداد کل پست مصوب** | **تعداد کل شاغلین** | **ردیف** |
|  |  |  |  |  |
| **تعداد نیروی موجود رشته مذکوردر شهرستان مقصد ( مورد تقاضا) :** |
| **تعداد متعهد به خدمت فعلی** | **تعداد کل پست بلاتصدی** | **تعداد کل پست مصوب** | **تعداد کل شاغلین** | **ردیف** |
|  |  |  |  |  |
| **جابجایی داخل استان منجر به خلل در ارائه خدمات بهداشتی درمانی 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 حقوقیدانشگاه/دانشکده | معاون آموزشیدانشگاه/دانشکده | معاون بهداشتیدانشگاه/دانشکده | معاون توسعه مدیریت، منابع و برنامه ریزی | معاون درمان 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 |