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 14  ماده 13  ماده 12  ماده 11  ماده 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 حقوقی  دانشگاه/دانشکده | | معاون آموزشی  دانشگاه/دانشکده | معاون بهداشتی  دانشگاه/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 | |