

## نمونه برگ شماره ۹

عکس دانشجو  
ممه‌ور به مهر پزشکی  
معاین

## نمونه برگ ارجاع به پزشک متخصص

همکار محترم پزشک متخصص / فوق تخصص جناب آقای / سرکار خانم دکتر.....  
بدین وسیله صاحب عکس ممهور آقای / خانم..... فرزند..... به.....  
شماره ملی..... جهت بررسی و معاینه و اظهار نظر در خصوص موضوع ذیل معرفی می شود،  
لطفاً نتایج بررسی و اظهار نظر به صورت محرمانه گزارش شود:

.....  
.....  
.....

تاریخ، امضاء و مهر پزشک معتمد آموزش و پرورش:

همکار محترم جناب آقای / سرکار خانم دکتر.....  
بدین وسیله آقای / خانم..... صاحب عکس ممهور فوق الذکر مورد بررسی و معاینه کامل قرار گرفت  
و نتایج به شرح ذیل اعلام می شود:

.....  
.....  
.....

تاریخ، امضا و مهر پزشک متخصص:

\*\*\*مسئولیت و پاسخگویی به مراجع قانونی در خصوص مفاد اعلام نظر، با پزشک تأیید کننده این فرم می باشد.

تذکر مهم: اظهار نظر پزشک معتمد حداکثر باید تا چهار روز پس از تاریخ معرفی در صورت تأیید یا عدم تأیید جهت اقدامات  
بعدهی به مرکز ارزیابی شایستگی معلمي معرفی کننده اعلام شود.

معرفی نامه

داوطلب معلول به شورای پزشکی

شورای پزشکی درمانگاه فرهنگیان استان.....  
 باسلام واحترام؛ در راستای بند « ز » آیین نامه اجرایی ماده ۴۲ قانون مدیریت خدمات کشوری، بدین وسیله  
 آقای / خانم ..... فرزند..... با کد ملی ..... (صاحب  
 عکس ممهور) که به استناد نامه شماره ..... مورخ..... سازمان / اداره بهزیستی  
 ..... دارای معلولیت بوده و در ردیف معرفی شدگان چندبرابر ظرفیت پذیرش دانه شجو-  
 معلم می باشند به آن شورا معرفی می شود.  
 خواه شمنده است مطابق ضوابط ومقررات مربوط، در خصوص تصدی نامبرده صرفاً در مشاغل آموزشی  
 از طریق پذیرش دانشجو- معلم در دانشگاه فرهنگیان بررسی و اظهار نظر نماید.

نام و نام خانوادگی  
 معاون پژوهش، برنامه ریزی و توسعه منابع  
 امضاء و مهر

نام و نام خانوادگی  
 پزشک معتمد آموزش و پرورش  
 امضاء و مهر

بدینوسیله ویژگی های جسمانی آقا/خانم ..... مورد بررسی این شورا قرارگرفت و اعلام می دارد نامبرده دارای  
 معلولیت ها و محدودیت های ..... جهت تصدی صرفاً مشاغل آموزشی از طریق پذیرش دانشجو- معلم در  
 دانشگاه فرهنگیان می باشد و بدین وسیله جهت بررسی و اعلام نظر معرفی می گردد.

نام و نام خانوادگی (رئیس شورای پزشکی) امضاء و مهر

با توجه به گزارش شورای پزشکی وتطبیق ویژگیهای جسمانی داوطلب با توجه به به شرایط احراز پذیرش دانشجو-معلم در  
 دانشگاه فرهنگیان بدینوسیله اعلام می دارد: آقا/خانم ..... جهت احراز مشاغل آموزشی تأیید می گردد □  
 به دلیل ..... تأیید نمی گردد □

- |                    |            |  |
|--------------------|------------|--|
| نام و نام خانوادگی | امضاء ومهر | ۱) نماینده مدیریت امورپرديس های استان              |
| نام و نام خانوادگی | امضاء ومهر | ۲) نماینده مدیریت آموزش وپرورش استثنایی            |
| نام و نام خانوادگی | امضاء ومهر | ۳) نماینده معاونت پژوهش، برنامه ریزی و توسعه منابع |

