



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت پرستاری

مرکز صدور پروانه صلاحیت حرفه ای

بسمه تعالی

فرم شماره دو

شماره
تاریخ
پیوست

ندارد

فرم درخواست صدور پروانه صلاحیت حرفه ای پرستاران و گروه های وابسته

واحد صدور پروانه صلاحیت حرفه ای پرستاران دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی -----
 احتراماً اینجانب ----- فرزند ----- به شماره شناسنامه -----
 کد ملی ----- دارای مدرک تحصیلی در رشته ----- مقطع ----- فارغ التحصیل از
 دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ----- با شماره نظام پرستاری -----
 در خواست صدور پروانه صلاحیت حرفه ای را دارم و موارد زیر را تایید می نمایم.

۱- تایید می نمایم نمره دریافتی از آزمون، از نمره کل ۱۰۰ می باشد که به منزله قبولی در آزمون است.

۲- تایید می نمایم که دارای تناسب جسمی و روانی برای انجام فعالیت در رشته تحصیلی مرتبط به عنوان پرستار / اتاق عمل / هوشبری می باشم.

۳- تایید می نمایم که هیچ گونه منع قانونی در مراجع قضایی و در هیات های انتظامی نظام پزشکی برای فعالیت در رشته تحصیلی مرتبط به عنوان پرستار/ اتاق عمل/ هوشبری ندارم.

۴- صحت تمامی اطلاعات فوق را تایید می نمایم و متعهد می شوم در صورتی که در هر مرحله ای از صدور پروانه و یا بعد از آن عدم صحت موارد یاد شده مشخص گردد، مرکز صدور پروانه صلاحیت حرفه ای وزارت بهداشت حق دارد ضمن اختتام مراحل صدور پروانه یا ابطال پروانه اینجانب طبق مقررات رفتار نماید.

تاریخ و امضاء تایید کننده (مسئول واحد

صلاحیت حرفه ای):

تاریخ تکمیل و امضاء متقاضی:

مدارک پیوست شامل:

- تصویر کارت ملی، تصویر آخرین مدرک تحصیلی/ دانشنامه تحصیلی، تصویر پایان خدمت برای آقایان، تصویر پایان طرح نیروی انسانی، تصویر کارنامه قبولی در آزمون صلاحیت، تصویر حکم کارگزینی/ حکم بازنشستگی می باشد.

- این فرم و ضمیمه آن در واحد صدور پروانه صلاحیت حرفه ای دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی محل تقاضا نگهداری می شود.