



فرم درخواست صدور پروانه صلاحیت حرفه ای گروه پرستاری

واحد صدور پروانه صلاحیت حرفه ای پرستاران دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی/سازمان تامین اجتماعی/ نیروهای مسلح -----

اینجانب ----- فرزند ----- به شماره شناسنامه ----- کد ملی -----
دارای مدرک تحصیلی در رشته ----- در مقطع ----- از دانشگاه -----
با شماره نظام پرستاری ----- در خواست صدور پروانه صلاحیت حرفه ای را دارم و موارد زیر را تایید می نمایم.

۱. اینجانب تایید می نمایم که در آزمون صلاحیت حرفه ای مورخ با نمره پذیرفته شده ام. یا
۲. ۱۲۵ امتیاز آموزشی، از مجموع آموزش مداوم و ضمن خدمت تخصصی شغلی را دارا می باشم.
۳. اینجانب تایید می نمایم که دارای سلامت جسمی و روانی برای انجام فعالیت های گروه پرستاری می باشم.
۴. اینجانب تایید می نمایم که هیچ گونه منع قانونی در مراجع قضایی در هیاتهای انتظامی نظام پزشکی برای فعالیتهای گروه پرستاری ندارم.
۵. در صورتیکه در هر مرحله ای از صدور پروانه و یا بعد از آن مشخص شد موارد فوق صحیح نمی باشد مرکز صدور پروانه صلاحیت حرفه ای وزارت بهداشت حق دارد ضمن اختتام مراحل صدور پروانه یا ابطال پروانه طبق مقررات رفتار نماید.

مدارک پیوست شامل: کپی کارت ملی، کپی صفحه اول شناسنامه، کپی آخرین مدرک تحصیلی مرتبط با پرستاری، کارنامه آزمون یا کارنامه آموزشی ۱۲۵ امتیاز در ۵ سال اخیر (مجموع ۷۵ امتیاز مداوم و ۵۰ امتیاز ضمن خدمت تخصصی شغلی) کپی آخرین حکم کارگزینی. این فرم و ضمیمه آن در واحد صدور پروانه صلاحیت حرفه ای دانشگاه/سازمان تامین اجتماعی/ نیروهای مسلح نگهداری می شود.

امضاء متقاضی و تاریخ تکمیل:

شماره تلفن همراه: