

فرم استفاده از تسهیلات ماده ۲۷ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

در خصوص انتقال به محل سکونت خانواده

مشمولین موضوع قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان

قسمت ذیل توسط متقاضی تکمیل گردد:

اینجانب به شماره نظام پزشکی به کد ملی فارغ التحصیل سال متأهل دارای فرزند، مشمول تعهدات موضوع قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان دارای تعهد عام (به نفع وزارت بهداشت) می باشم با لحاظ کلیه ضوابط و مقررات مندرج در مفاد قانون مذکور متقاضی انتقال به محل سکونت خانواده در استان می باشم.

مهر و امضاء متقاضی

قسمت ذیل توسط کارشناس معاونت درمان دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی محل تحصیل تکمیل گردد:

به استناد نامه شماره مورخ معاونت توسعه آن دانشگاه / دانشکده ، نامبرده مشمول موضوع قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان می باشد. (پیوست گردد)

نام و نام خانوادگی

تایید کارشناس درمان

قسمت ذیل توسط مدیر امور حقوقی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی محل تحصیل تکمیل و نهایی گردد:

اصل مدارک مشاهده و در قسمت مربع علامت زده شود.

۱. به استناد رویت مدارک ذیل نامبرده خانم متأهل دارای فرزند می باشد:

شناسنامه متقاضی شناسنامه همسر شناسنامه فرزند

۲. به استناد رویت مدارک ذیل محل سکونت خانواده متقاضی ، استان شهرستان می باشد.

سند مالکیت و یا اجاره نامه با کد رهگیری متقاضی یا همسر

منضم به مدارک یکی از ردیف های ذیل:

الف) آخرین مصدق حکم کارگزینی همسر (جهت مستخدمین دستگاه های اجرایی)

ب) گواهی اشتغال بکار و سوابق بیمه همسر به مدت حداقل یکسال (جهت شاغلین شرکت ها و موسسات خصوصی)

ج) پروانه اشتغال به حرف و یا جواز کسب واجد اعتبار(اصنافی که با جواز کسب فعالیت می نمایند)

د) گواهی اشتغال به تحصیل همسر (جهت دستیاران)

نام و نام خانوادگی

تایید نهایی مدیر امور حقوقی دانشگاه / دانشکده

موارد فوق الذکر مورد تایید است . مراتب جهت تایید نهایی به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ارسال می گردد.

نام و نام خانوادگی

امضاء و تایید معاون درمان دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی