

بسمه تعالی

**معاونت پرستاري**

فرم شماره یک

ندارد

**فرم درخواست صدور پروانه صلاحیت حرفه ای گروه پرستاری  
واحد صدور پروانه صلاحیت حرفه ای پرستاران دانشگاه علوم پزشکی اصفهان**

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

1. **اینجانب تایید می نمایم که در آزمون صلاحیت حرفه ای مورخ ................. با نمره ............. پذیرفته شده ام. یا**
2. **125 امتیاز آموزشی، از مجموع آموزش مداوم و ضمن خدمت تخصصی شغلی را دارا می باشم.**
3. **اینجانب تایید می نمایم که دارای سلامت جسمی و روانی برای انجام فعالیت های گروه پرستاری می باشم.**
4. **اینجانب تایید می نمایم که هیچ گونه منع قانونی در مراجع قضایی در هیات های انتظامی نظام پزشکی برای فعالیت های گروه پرستاری ندارم.**
5. **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 شامل:** اسکن کارت ملی، اسکن صفحه اول شناسنامه، اسکن آخرین مدرک تحصیلی مرتبط با پرستاری، اسکن کارت عضویت سازمان نظام پرستاری کشور در صورت دارا بودن، اسکن کارنامه آزمون یا کارنامه آموزش مداوم و ضمن خدمت در 5 سال اخیر، اسکن آخرین حکم کارگزینی، اسکن پروانه صلاحیت حرفه ای برای افرادی که قصد دارند پروانه خود را تمدید نمایند.

این فرم و ضمائم آن در واحد صدور پروانه صلاحیت حرفه ای دانشگاه/سازمان تامین اجتماعی / نیروهای مسلح نگهداری می شود.

**امضاء متقاضی و تاریخ تکمیل: فرم:**

**شماره تلفن همراه:**