



سبزواری

فرم بررسی سلامت جسمانی و روانی

مشخصات دانشجو:

نام..... نام خانوادگی..... شماره دانشجویی..... رشته تحصیلی.....

مقطع : دستیاری تخصصی دکتری تخصصی phd دکتری عمومی کارشناسی کارشناسی ناپیوسته کارشناسی ارشد ناپیوسته
کاردانی

گواهی سلامت جسمانی

نظریه پزشک: ادامه تحصیل دانشجو از نظر سلامت جسمانی مانعی ندارد مانعی دارد
دانشجو معلولیت موثر بر ادامه تحصیل ندارد دارد
در صورت وجود بیماری یا معلولیت نام و شرح آن را مرقوم فرمایید.
نام پزشک معتمد:

تاریخ : مهر و امضاء پزشک :

گواهی سلامت روانی:

نظریه پزشک: ادامه تحصیل دانشجو از نظر سلامت روانی مانعی ندارد مانعی دارد
دانش آموز بیماری موثر بر ادامه تحصیل ندارد دارد
در صورت وجود بیماری نام و شرح آن را مرقوم فرمایید.
نام پزشک معتمد:

تاریخ : مهر و امضاء پزشک:

رشته تحصیلی	نوع نقص عضو غیر موثر در انتخاب رشته، یکی از نقایص زیر می تواند باشد.
اتاق عمل	یک گوش
علوم آزمایشگاهی	یک گوش و یک پا - ولی با پا مصنوعی قادر به راه رفتن باشد
هوشبری	یک چشم و یک گوش
بهداشت محیط، بهداشت حرفه ای، بهداشت عمومی	یک چشم و یک گوش و یک دست
پرتو درمانی، پرتو شناسی	یک گوش و یک پا - ولی با پا مصنوعی قادر به راه رفتن باشد - یک تا سه انگشت غیر انگشت شست در یک دست
دستیار تخصصی، پزشکی، پرستاری، مامایی، فوریت‌های پزشکی	داوطلب بایستی از سلامت کامل روانی و جسمانی برخوردار باشد.

تذکر ۱: غیر از موارد مذکور در جدول فوق بقیه اعضا باید کاملاً سالم و دارای کارایی لازم باشد.