



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت پرستاری مرکز صدور

بسمه تعالی

فرم شماره دو

شماره
تاریخ
پیوست

ندارد

فرم درخواست صدور پروانه صلاحیت حرفه ای پرستاران و گروههای وابسته

واحد صدور پروانه صلاحیت حرفه ای پرستاران دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی -----

اینجانب ----- فرزند ----- به شماره شناسنامه -----

و 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- جمع کل امتیاز آموزش مداوم از سال ۹۶-۱۴۰۱ به میزان ----- امتیاز میباشد.

۲- اینجانب تایید می نمایم که دارای تناسب جسمی و روانی برای انجام فعالیت به عنوان پرستار / اتاق عمل / هوشبر می باشم.

۳- اینجانب تایید می نمایم که هیچ گونه منع قانونی در مراجع قضایی و در هیاتهای انتظامی نظام پزشکی برای فعالیت به عنوان پرستار ندارم.

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 اینجانب طبق مقررات رفتار نماید.

تاریخ و امضاء تایید کننده (مسئول واحد

صلاحیت حرفه ای):

تاریخ تکمیل و امضاء متقاضی:

مدارک پیوست شامل:

- کپی کارت ملی، کپی آخرین مدرک تحصیلی، کپی پایان خدمت برای آقایان، پایان طرح نیروی انسانی، کارنامه آموزش مداوم و حکم کارگزینی می باشد.

- این فرم و ضمائم آن در واحد صدور پروانه صلاحیت حرفه ای دانشگاه نگهداری می شود.