

سال تولید پشتیبانی، مانع زدایی

نمون برگ شماره ۴

نمون برگ تعهد خوداظهاری

احتراماً - بدین وسیله اینجانب شماره شناسنامه
نام پدر شماره داوطلبی اعلام می دارد که از معرفی شدگان چند برابر
ظرفیت آزمون سراسری سال ۱۴۰۰ برای رشته های دانشگاه فرهنگیان و دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی
بوده، موارد قید شده در نمون برگ های مربوط به ویژگی های جسمانی و معاینات پزشکی را صادقانه و با دقت
تکمیل و صحت کلیه مندرجان آن را به عهده می گیرم. به این موضوع آگاهی کامل دارم که درج هرگونه موارد
نادرست و یا کتمان حقیقت در هر مرحله از تحصیل و یا استخدام، مانع پذیرفته شدن اینجانب خواهد شد و
این حق و اختیار را به آموزش و پرورش قایل بوده و هیچ گونه اعتراضی نسبت به آن نخواهم داشت. تکمیل
این فرم کاملاً با اراده، اختیار و آزادی از سوی اینجانب صورت گرفته است.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ:

اثر انگشت و امضاء داوطلب

سال تولید، پشتیبانی ها، مانع زدایی ها

عکس داوطلب

ممه‌ور به مهر پزشک

معاین

نمون برگ شماره (۴-۵)

اظهار نظر پزشک در پایان مرحله اول معاینات

آقای / خانم

کد ملی..... استان..... مرکز مجری مصاحبه

☐

۱- از نظر جسمی و روانی توانایی کار معلمی را دارد .

۲- از نظر جسمی و روانی توانایی کار معلمی را به دلایل ذیل :

.....

.....

☐

..... ندارد.

تاریخ ، امضاء و مهر

پزشک متعهد آموزش و پرورش

***- مسئولیت و پاسخگویی به مراجع قانونی در خصوص عدم رعایت ضوابط و مفاد لیست بیماری هایی که ممنوعیت استخدام در آموزش و پرورش را دارند در تعهد پزشک تایید کننده این فرم می باشد .

تذکره (۱): صدور نمون برگ شماره ۴-۵ (نمون برگ ارجاع به پزشک متخصص) در این مرحله برای همه داوطلبان ضرورت ندارد و صرفاً برای افرادی ارائه شود که نظر پزشک متخصص برای اظهار نظر نهایی ضرورت داشته باشد.

تذکره (۲): تشکیل پرونده و اخذ تعهد محضری و صدور حکم استخدام رسمی- آزمایشی مشروط به سالم بودن در آزمایشات بدو استخدام می باشد.

بسمه تعالی

شماره:

تاریخ:

پیوست:

سال تولید پشتیبانی ها، منابع زدایی ها

عکس داوطلب

ممه‌ور به مهر پزشکی
معاین

نمون برگ شماره (۴-ج)

نمون برگ ارجاع به پزشک متخصص

همکار محترم پزشک متخصص / فوق تخصص جناب آقای / سرکار خانم دکتر

بدین وسیله صاحب عکس ممهور آقای/خانم فرزند به شماره ملی جهت بررسی و معاینه و اظهار نظر در خصوص موضوع ذیل معرفی می گردد. لطفاً نتایج بررسی و اظهار نظر، به صورت محرمانه گزارش گردد.

تاریخ، امضاء و مهر پزشک معتمد آموزش و پرورش:

همکار محترم جناب آقای / سرکار خانم دکتر

بدین وسیله آقای / خانم صاحب عکس ممهور فوق الذکر، مورد بررسی و معاینه کامل قرار گرفت و نتایج به شرح ذیل اعلام می گردد:

تاریخ، امضاء و مهر پزشک متخصص:

***- مسئولیت و پاسخگویی به مراجع قانونی در خصوص مفاد اعلام نظر، با پزشک تایید کننده این فرم می باشد.

سال تولید پشتیبانی ها، مانع زدایی ها

نمون برگ شماره (۴-ب)

ب - معاینات جسمی (توسط پزشک)

ب-۱) قد، وزن، فشار خون، BMI

بند - ۲۳. قد (به سانتیمتر) بند - ۲۴. وزن (به کیلو گرم)..... BMI
بند - ۲۵. فشار خون ۱- سیستول..... ۲- دیاستول فشار خون بالا (۱۴۰/۹۰ و بالاتر) ۱- خیر <input type="checkbox"/> ۲- بلی <input type="checkbox"/>

ب-۲) اندازه قدرت بینایی :

بند - ۲۵. وضعیت بینایی چشم راست (پس از اصلاح با عینک) ۱- ۱۰/۱۰ <input type="checkbox"/> ۲- ۹/۱۰ <input type="checkbox"/> ۳- ۸/۱۰ و کمتر <input type="checkbox"/>
بند - ۲۶. وضعیت بینایی چشم چپ (پس از اصلاح با عینک) ۱- ۱۰/۱۰ <input type="checkbox"/> ۲- ۹/۱۰ <input type="checkbox"/> ۳- ۸/۱۰ و کمتر <input type="checkbox"/>
بند - ۲۷. باتوجه وضعیت بینایی مراجعه دانشجو به چشم پزشک توصیه می شود؟ ۱- خیر <input type="checkbox"/> ۲- بلی <input type="checkbox"/>
بند - ۲۸. آیا هر دو چشم سالم است؟ اگر نه نام بیماری
بند - ۲۹. اگر از عینک استفاده می کنید؟ شماره چشم چپ راست..... آستیگماتیسم: راست چپ

ب-۳) معاینه لثه و دندان ها :

بند - ۳۰. وضعیت بهداشت دندان ها کدام گزینه است ؟ ۱. بد <input type="checkbox"/> ۲. متوسط <input type="checkbox"/> ۳. خوب <input type="checkbox"/>
بند - ۳۱. وضعیت بهداشت لثه ها کدام گزینه است ؟ ۱. بیماری لثه (بیوره) <input type="checkbox"/> ۲. التهاب لثه <input type="checkbox"/> ۳. طبیعی <input type="checkbox"/>
بند - ۳۲. باتوجه به معاینات وضعیت دهان و دندان مراجعه دانشجو به دندانپزشک توصیه می شود؟ ۱- خیر <input type="checkbox"/> ۲- بلی <input type="checkbox"/>

سال تولید پشتیبانی ها، مانع زدایی ها

ب-۴) معاینات بدنی و بررسی های بالینی :

بند ۳۳- بررسی های بالینی

(همکار گرامی لطفاً پیش از معاینه، مروری بر شرح حال باربارا بیتزولیست، بیماری های ممنوع الاستخدام داشته باشد)

۱. پوست و مو:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود
۲. سر، صورت و گردن:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود
۳. چشم و پلک ها:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود
۴. دهان، گوش، حلق و بینی:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود
۵. بیماریهای عفونی:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود
۶. خون و غدد لنفاوی:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود
۷. قفسه سینه و پستان:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود
۸. قلب و عروق:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود
۹. ریه و تنفس:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود
۱۰. سیستم گوارشی:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود
۱۱. سیستم کلیه ها و مجاری ادراری:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود
۱۲. مغز و اعصاب:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود
۱۳. اعصاب و روان:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود
۱۴. اندام فوقانی و تحتانی:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود
۱۵. بیماری های روماتولوژی، استخوان، مفاصل و عضلات:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود
۱۶. غدد و هورمون ها:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود
۱۷. معاینات زنان:	طبیعی <input type="checkbox"/>	غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود

سال تولید پشتیبانی ها، منابع زودایی ها

ب- ۵) نتیجه نهایی معاینات پزشکی

بند ۳۴- اظهار نظر نهایی پزشک معاین

۱	انحراف چشم	دارد	ندارد	۱۲	اشکال در راه رفتن	دارد	ندارد
۲	دید دو چشم با استفاده از عینک	دارد	ندارد	۱۳	لرزش در اندام ها	دارد	ندارد
۳	دید چشم راست با استفاده از عینک	دارد	ندارد	۱۴	چاقی یا لاغری مفرط	دارد	ندارد
۴	دید چشم چشم با استفاده از عینک	دارد	ندارد	۱۵	تیک عصبی	دارد	ندارد
۵	سمعک	دارد	ندارد	۱۶	ناموزونی در حرکات بدن	دارد	ندارد
۶	حداقل ۴۰ دسی بل شنوایی در گوش راست	دارد	ندارد	۱۷	لکنت زبان	دارد	ندارد
۷	حداقل ۴۰ دسی بل شنوایی در گوش چپ	دارد	ندارد	۱۸	اشکال در ادای کلمات و حروف	دارد	ندارد
۸	عفونت گوش	دارد	ندارد	۱۹	نقص عضو یا ایراد آشکار جسمی	دارد	ندارد
۹	سوختگی در صورت	دارد	ندارد	۲۰	تناسب اندام	دارد	ندارد
۱۰	ماه گرفتگی در صورت	دارد	ندارد	۲۱	وزن (تناسب وزن با حداقل قد)		کیلوگرم
۱۱	ریش کامل مو در صورت و سر	دارد	ندارد	۲۲	قد (بر اساس مصوبه ستاد استانی)		سانتی متر

سال تولید پشتیبانی ها، مانع زدایی ها

نمونه برگ شماره (۴-الف)

الف) خود اظهاری و سوابق بیماری (توسط داوطلب)

الف-۱) مشخصات عمومی داوطلب: لازم به ذکر است محتویات این پرسشنامه و معاینات کاملاً محرمانه می باشد.

بند ۱- نام و نام خانوادگی	بند ۲- متولد / / ۱۳ کد ملی
بند ۳- جنسیت: ۱- مذکر <input type="checkbox"/> ۲- مونث <input type="checkbox"/>	بند ۴- وضعیت تاهل: ۱- مجرد <input type="checkbox"/> ۲- متاهل <input type="checkbox"/> ۳- سایر <input type="checkbox"/>
بند ۵- نام پردیس / مرکز / سازمان:	بند ۶- نام آخرین مدرسه ای که تحصیل کرده اید:
بند ۷- گروه آزمایشی معرفی شده:	
بند ۸- آدرس پست الکترونیک (ایمیل):	
بند ۹- شماره تلفن ثابت و همراه:	
بند ۱۰- خدمت سربازی ۱- رفته ام <input type="checkbox"/> ۲- نرفته ام <input type="checkbox"/> ۳- دارای معافیت هستم <input type="checkbox"/> علت معافیت ذکر شود.	

الف-۲) سابقه پزشکی فرد (توسط داوطلب تکمیل گردد)

بند ۱۱- کدامیک از مشکلات زیر را تاکنون داشته اید؟	
۱- اختلالات قلبی و عروقی <input type="checkbox"/>	۲- احساس خستگی مزمن <input type="checkbox"/> ۳- دردهای اسکلتی - عضلانی <input type="checkbox"/>
۴- ناراحتی های گوارشی <input type="checkbox"/> ۵- فشار خون بالا <input type="checkbox"/> ۶- سردرد دوره ای <input type="checkbox"/> ۷- دیابت (قندخون) <input type="checkbox"/>	۸- اختلال کارکرد تیروئید <input type="checkbox"/> ۹- کم خونی تایید شده <input type="checkbox"/> ۱۰- بالا بودن چربی خون <input type="checkbox"/> ۱۱- تشنج و صرع <input type="checkbox"/>
۱۲- آسم و سایر بیماری های مزمن تنفسی <input type="checkbox"/> ۱۳- کاهش شنوایی <input type="checkbox"/> ۱۴- بیماری های صعب العلاج (سرطان، ام اس، اچ ای وی و ...) <input type="checkbox"/> ذکر شود ۱۵- مشکلات دستگاه ادراری (عفونت و سنگ و ...) <input type="checkbox"/>	
۱۶- سابقه عمل جراحی یا بستری شدن در بیمارستان <input type="checkbox"/> علت	
۱۷- مشکلات مادرزادی <input type="checkbox"/> ذکر شود ۱۸- معلولیت <input type="checkbox"/> نوع و علت	
۱۹- سابقه بیماری های عفونی (سل، هپاتیت B و C، ایدز، تب مالت و ...) <input type="checkbox"/> در صورت ابتلاء هر کدام ذکر کنید	
۲۰- سابقه هیچکدام از بیماری های فوق را ندارم <input type="checkbox"/> ۲۱- آیا در دیدن رنگ ها مشکل دارید بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
بند ۱۲- هنگام انجام فعالیت های بدنی دچار کدامیک از مشکلات زیر می شوید؟	
۱- درد قفسه سینه <input type="checkbox"/> ۲- سرگیجه <input type="checkbox"/> ۳- سرفه <input type="checkbox"/> ۴- تنگی نفس <input type="checkbox"/> ۵- هیچکدام <input type="checkbox"/>	
بند ۱۳- آیا در حال حاضر تحت درمان با داروی خاصی هستید؟	
۱- خیر <input type="checkbox"/> ۲- بلی <input type="checkbox"/> نام داروها ذکر شود	
بند ۱۴- آیا سابقه حساسیت به دارو یا غذای خاصی دارید؟	
۱- خیر <input type="checkbox"/> ۲- بلی <input type="checkbox"/> نام داروها ذکر شود	

سال تولید پشتیبانی، مانع زدایی

بند ۱۵- آیا بدون تجویز پزشک دارویی مصرف می کنید؟ اگر جوابتان مثبت است چه دارویی مصرف می کنید؟ ۱- آنتی بیوتیک <input type="checkbox"/> ۲- مسکن های ساده <input type="checkbox"/> ۳- دیابت (بیماری قند) <input type="checkbox"/> ۴- داروهای آرامبخش <input type="checkbox"/> ۵- داروهای نیروزا <input type="checkbox"/> ۶- سایر موارد <input type="checkbox"/> ذکر شود.....
بند ۱۶- آیا تاکنون سابقه ای از مصرف مواد مخدر (تریاک، هرویین، حشیش و ... و مواد محرک مثل شیشه، اکستازی) و ... داشته اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> چه سالی و چه مدت؟ ذکر کنید.
بند ۱۷- آیا تاکنون سابقه ای از مصرف سیگار، قلیان و یا پیپ داشته اید؟ چه سالی و چه مدت آیا ادامه دارد؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> ۱- خیر <input type="checkbox"/> ۲- بلی <input type="checkbox"/>
بند ۱۸- گروه خونی و RH شما چیست؟

الف-۳) سابقه پزشکی خانواده (توسط داوطلب تکمیل گردد)

بند ۱۹- کدامیک از موارد زیر در خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) شما وجود دارد؟ ۱- فشارخون بالا <input type="checkbox"/> ۲- سابقه سکته قلبی زیر پنجاه سال <input type="checkbox"/> ۳- دیابت (بیماری قند) <input type="checkbox"/> ۴- سرطان <input type="checkbox"/> ۵- مصرف دخانیات (سیگار، پیپ، قلیان) <input type="checkbox"/> ۶- بالابودن چربی های خون <input type="checkbox"/> ۷- بیماری های اعصاب و روان <input type="checkbox"/> ۸- بیماری های کلیوی <input type="checkbox"/> ۹- بیماری های روده ای (کولیت اولسرو، کرون) <input type="checkbox"/>

الف-۴) وضعیت ایمنی سازی (توسط داوطلب تکمیل گردد)

بند ۲۰- آیا واکسیناسیون شما کامل انجام شده است؟ خیر <input type="checkbox"/> ۱- خیر <input type="checkbox"/> ۲- بلی <input type="checkbox"/> ۳- نمی دانم <input type="checkbox"/>
بند ۲۱- آیا واکسن هپاتیت ب را دریافت کرده اید؟ خیر <input type="checkbox"/> ۱- خیر <input type="checkbox"/> ۲- بلی <input type="checkbox"/> ۳- نمی دانم <input type="checkbox"/>
بند ۲۲- آیا در دوران دبیرستان واکسن توام (دیفتری، کزاز) دریافت کرده اید؟ خیر <input type="checkbox"/> ۱- خیر <input type="checkbox"/> ۲- بلی <input type="checkbox"/> ۳- نمی دانم <input type="checkbox"/>

الف-۵) این قسمت توسط داوطلب به دقت مطالعه و تکمیل می گردد

(این نمون برگ توسط داوطلب و در حضور پزشک معاین تکمیل و امضاء و تحویل پزشک معاین می گردد تا در پرونده پزشکی داوطلب نگهداری شود)

تاریخ تکمیل امضاء و اثر انگشت داوطلب

سال تولید پشتیبانی، مانع زدایی

نمون برگ شماره (۳)

نمون برگ اعلام آمادگی برای انجام معاینات پزشکی

الف) اطلاعات مربوط به وضعیت جسمانی داوطلب براساس اظهارات خویش:

۱	دیابت	دارم	ندارم	۹	لوسیمی (سرطان)	دارم	ندارم
۲	سیروز کبدی	دارم	ندارم	۱۰	کم خونی شدید مقاوم به درمان	دارم	ندارم
۳	آسم	دارم	ندارم	۱۱	تالاسمی ماژور	دارم	ندارم
۴	نارسایی کلیه	دارم	ندارم	۱۲	صرع	دارم	ندارم
۵	بیماری های پیشرفته قلبی	دارم	ندارم	۱۳	افسردگی	دارم	ندارم
۶	اسکروز آن پلاک	دارم	ندارم	۱۴	اضطراب	دارم	ندارم
۷	پارکینسون	دارم	ندارم	۱۵	اعتیاد به مواد مخدر، دخانیات و الکل	دارم	ندارم
۸	جذام	دارم	ندارم				

اینجانب شماره شناسنامه نام پدر شماره داوطلبی در
آزمون سراسری سال ۱۴۰۰ رشته های مورد نیاز آموزش و پرورش موارد قید شده در نمون برگ های مربوط به ویژگی های جسمانی و
معاینات پزشکی را صادقانه و با دقت تکمیل کرده و صحت کلیه مندرجات آن را به عهده می گیرم و به این موضوع آگاهی کامل دارم که
درج هر گونه موارد نادرست و یا کتمان حقیقت در هر مرحله ای از تحصیل و استخدام مانع پذیرفته شدن اینجانب خواهد شد. و از کلیه
شرایط و ضوابط اعلام شده از سوی آموزش و پرورش در دفترچه آزمون و اطلاعیه مربوط و همچنین ضوابطی که در زمان انجام بررسی
ویژگی های جسمانی اعلام خواهد شد، آگاهی کامل داشته و متعهد و متلزم می شوم که مطابق ضوابط آموزش و پرورش عمل نمایم.

تاریخ تکمیل امضاء و اثر انگشت داوطلب

سال تولد، پشتیبانی، مانع زدایی؛

نمون برگ شماره (۱)

نمون برگ اعلام آمادگی برای انجام مصاحبه اختصاصی

احتراماً - بدینوسیله اینجانب فرزند دارای کدملی به شماره داوطلبی داوطلب بومی استان در روز مورخ زمان مراجعه برای انجام مصاحبه تخصصی ضمن مطالعه دقیق و اطلاع از موارد ذیل و همچنین مفاد اطلاعیه مورخ/...../۱۴۰۰ سازمان سنجش آموزش کشور برای رشته های دارای شرایط خاص و شرایط و ضوابط اختصاصی مندرج در دفترچه پیوست دفترچه شماره (۲) راهنمای انتخاب رشته های تحصیلی آزمون سراسری سال ۱۴۰۰، متعهد و ملتزم می شوم ضمن رعایت مفاد ذیل و شرایط و ضوابط اعلام شده از سوی آموزش و پرورش، چنانچه در ردیف پذیرفته شدگان نهایی دانشگاه فرهنگیان و با دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی قرار گیرم اقدام و ادامه تحصیل نمایم:

۱- به این موضوع اشراف کامل دارم که موفقیت در مصاحبه تخصصی و بررسی صلاحیت های عمومی به منزله قبولی فرد در دانشگاه فرهنگیان و دانشگاه تربیت شهید رجایی تلقی نمی گردد بلکه کلیه داوطلبان باید واجد شرایط مصاحبه تخصصی و بررسی صلاحیت های عمومی بوده و در گزینش نهایی که براساس ضوابط، توسعه سازمان سنجش آموزش کشور انجام می گردد. دارای نمره علمی نهایی بالاتر در مقایسه با سایر داوطلبان در کد رشته محل انتخابی نیز باشد.

۲- به موجب ماده ۷ قانون خدمت وظیفه عمومی مصوب ۶۳/۷/۲۹ و تکلیف مقرر در تبصره ۱ ماده ۶ قانون اصلاح موادی از وظیفه عمومی مصوب ۱۳۹۰/۹/۱۶ مجلس شورای اسلامی فارغ التحصیلان ذکور دانشگاه های وابسته به آموزش و پرورش قبل اشتغال بکار در آموزش و پرورش و صدور حکم استخدامی رسمی - قطعی مکلف به گذراندن دوره آموزشی رزم مقدماتی می باشند. در صورت عدم مراجعه برای گذراندن دوره آموزش رزم مقدماتی، بروز هر مشکلی در راستای تبدیل وضعیت استخدامی به عهده دانشجو خواهد بود.

۳- رشته های مورد نیاز آموزش و پرورش در پردیس ها که دانشجو معلمان آن برای تشکیل کلاس در محل قبولی به حدنصاب لازم یعنی حداقل ۲۰ نفر نرسد سازمان مرکزی دانشگاه فرهنگیان می تواند به تشخیص خود نسبت به جابه جایی پذیرفته شدگان در پردیس های خود در سطح کشور اقدام نماید.

۴- موضوع اخذ تعهد و صدور احکام کارگزینی پذیرفته شدگان نهایی براساس منطقه محل خدمت تعیین شده در دفترچه شماره (۲) راهنمای انتخاب رشته های تحصیلی پس از طی مراحل قانونی و تأیید مراجع ذیصلاح، از مورخ ۱۴۰۰/۱۱/۱ به بعد خواهد بود.

۵- از معرفی شدگان مصاحبه علمی - تخصصی به عمل خواهد آمد که دارای شرایط و ضوابط مندرج در دفترچه پیوست دفترچه شماره (۲) راهنمای انتخاب رشته های تحصیلی آزمون سراسری سال ۱۴۰۰ باشند. چنانچه در هر مرحله از تحصیل مشخص شود که فاقد شرایط مزبور هستیم از ادامه تحصیل محروم و مکلف به پرداخت هزینه ها خواهیم بود. برخی از شرایط دفترچه دارای نمره علمی کل ۶۵۰۰ و بالاتر در زیر گروه آزمایشی مربوط، داشتن حداقل معدل کل ۱۴ در دوره متوسطه دوم، داشتن حداقل سن ۲۴ سال تمام (متولدین ۱۳۷۶/۷/۱ به بعد)، بومی بودن در کد رشته محل پذیرفته شده، برخورداری از سلامت کامل تن و روان و شرایط مناسب جسمانی برای حسن انجام وظیفه معلمی (توانایی گفتاری، قدرت بینایی، قدرت شنوایی، تناسب قد و وزن)

۶- متعهد و ملتزم می شوم چنانچه غیر واجد شرایط فوق و با دفترچه آزمون و اطلاعاتیه و مقررات اعلام شده باشم آموزش و پرورش از بررسی صلاحیت های عمومی، بررسی ویژگی های جسمانی، انجام مصاحبه اختصاصی، تحصیل و با استخدام اینجانب جلوگیری نماید و حسب مورد مکلف به پرداخت خسارت نیز خواهم بود.

۷- تغییر اولویت انتخابی، رشته و تغییر گرایش و همچنین تغییر سهمیه خدمتی تحت هر شرای وفق ضوابط اعلام شده مجاز نبوده و در طول تحصیل و بعد از فراغت از تحصیل درخواستی در این خصوص نخواهیم داشت.

۸- مسئولیت ناشی از عدم رعایت دقیق ضوابط و شرایط اعلام شده به عهده اینجانب خواهد بود. تشخیص آموزش و پرورش در هر یک موارد فوق، غیرقابل اعتراض بوده و دستگاه مزبور، حق اقدام قضایی و صدور اجرائیه در صورت تخلف علیه اینجانب را دارد.

۹- بررسی ویژگی های جسمانی براساس ضوابطی خواهد بود که آموزش و پرورش در زمان بررسی ویژگی های جسمانی اعلام می نماید.

۱۰- متعهد و ملتزم می شوم اگر جزء پذیرفته شدگان نهایی قرار گرفته و پس از ثبت نام در دانشگاه محل قبولی، در صورت ترک تحصیل یا انصراف از تحصیل ممنوعیت از تحصیل، اخراج و یا انفصال از خدمت، استنکاف از استخدام، عدم استخدام ناشی از تقصیر، ترک خدمت، بازخرید نمودن و بطور کلی در صورت فراهم نمودن موجبات عدم ایفای تمام یا قسمتی از خدمت مورد تعهد، مکلف خواهم بود دو برابر حقوق و مزایای دریافتی و دو برابر هزینه های دوره تحصیلی را حسب اعلام آموزش و پرورش و دانشگاه محل تحصیل، حسب مورد به توسط آموزش و پرورش با دانشگاه پرداخت نمایم.

نام و نام خانوادگی داوطلب تاریخ / امضاء و اثر انگشت