



## معاون محترم درمان دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

موضوع: جمع آوری مدارک دستیاران سال آخر سال ۹۹

### با سلام و احترام

ضمن تشکر از همکاری های آن دانشگاه به منظور دسترسی به اطلاعات و مشخصات فردی دستیاران سال آخر رشته های تخصصی پزشکی بالینی جهت برنامه ریزی توزیع فارغ التحصیلان سال جاری خواهشمند است دستور فرمایید ضمن اطلاع رسانی کامل و دقیق به کلیه دستیاران مذکور نسبت به بررسی و جمع آوری مدارک از تاریخ ۹۹/۳/۲۴ لغایت ۹۹/۴/۲۱ به شرح ذیل اقدام مقتضی انجام گردد:

- اطلاع سانی جامع به کلیه دستیاران سال آخر واجد شرایط جهت ثبت مشخصات فردی، اسکن و بارگذاری مدارک و مستندات در سایت ذیل: (راهنمای ثبت نام جهت دستیاران سال آخر پیوست میباشد)

<https://avab.behdasht.gov.ir/specialist/frmSpecialistReg.aspx>

- جمع آوری مدارک دستیاران سال آخر در رشته تخصصی پزشک خانواده مشمول مفاد این بخشنامه نبوده و امور مربوط به دستیاران مذکور در اختیار معاونت محترم بهداشت وزارت متبوع می باشد.

- تحویل پرینت فرم تکمیل شده به همراه اصل و تصویر مدارک اعلام شده توسط متقاضی به معاونت محترم درمان دانشگاه / دانشکده محل تحصیل

- تطبیق اصل مدارک و مشخصات فردی ایشان با مندرجات و مدارک بارگذاری شده در سامانه فوق الذکر توسط کارشناس معاونت درمان آن دانشگاه و ارسال به دفتر گروه نیروی انسانی بیمارستانی و تخصصی

- زمانبندی ثبت نام و تحویل مدارک در بازه زمانی مذکور توسط برنامه تنظیمی آن دانشگاه محترم صورت پذیرفته و مدارک حداکثر پس از تایید نهایی تا تاریخ ۹۹/۵/۱ به این مرکز ارسال گردد.

- شایان ذکر است مسئولیت راهنمایی و پاسخگویی به کلیه سوالات دستیاران در زمان ثبت نام در سامانه فوق الذکر بر عهده کارشناس محترم درمان آن دانشگاه می باشد.



- دریافت نکردن کد رهگیری به منزله عدم ثبت نام قطعی تلقی شده و هرگونه عواقب ناشی از آن متوجه شخص دستیار می باشد و دسترسی جهت ویرایش اطلاعات ثبت شده به کارشناس محترم دانشگاه داده شده است.

#### مدارک و مستندات مورد نیاز :

۱- تصویر سند تعهد محضری بدو ورود به دوره دستیاری (اعم از مستخدمین دانشگاهها و سازمانها، نیروهای نظامی و انتظامی و ...) که توسط معاونت محترم آموزشی دانشگاه محل تحصیل برابر اصل شده باشد. لازم بذکر است آن دسته از متعهدین خاص که محل تعهد ایشان در سند تعهد محضری مشخص نمی باشد ارائه تاییدیه محل تعهد از دانشگاه محل تحصیل الزامی می باشد.

**تبصره: تطبیق اسناد تعهد محضری بدو ورود به دوره دستیاری متقاضیان با سهمیه سنجش اعلامی از سوی مرکز سنجش توسط کارشناس محترم درمان الزامی است.**

۲- اصل و تصویر شناسنامه - یک قطعه عکس

۳- اصل و تصویر پشت و روی کارت پایان خدمت یا معافیت از سربازی برای آقایان (در صورت پیام آوری گواهی انجام کار خدمت نظام وظیفه به عنوان پیام آور بهداشت از دانشگاه محل خدمت)

۴- مدارک مورد نیاز جهت استفاده از سهمیه منطقه بومی

فرد متقاضی استفاده از سهمیه مناطق بومی می بایست بطور کامل شرایط مندرج در یکی از بند های الف و ب را دارا باشد:

الف) متقاضی متولد استان منطقه انتخابی باشد (اصل و تصویر تمام صفحات شناسنامه)

ب) متقاضی سه سال متوالی مقطع تحصیلی دبیرستان را در همان استان گذرانده باشد. (اصل و تصویر گواهینامه پایان تحصیلات متوسطه)

تبصره: شایان ذکر است انتخاب صرفاً یک بند از دو گزینه الف یا ب در سامانه ملاک عمل انتخاب منطقه بومی قرار خواهد گرفت.



۵- اصل و تصویر گواهی پایان طرح نیروی انسانی (کاردانی پیراپزشکی و پزشکی) با ذکر مدت خدمت و یا معافیت از طرح (ماده دو، ماده سه، نخبگان و ...)

۶- اصل گواهی رسمی از بنیاد شهید و امور ایثارگران محل سکونت و یا کارت (همسر و فرزند شهید، همسر و فرزند مفقودین جنگ تحمیلی، فرزند جانباز بالای ۷۰٪، فرد آزاده و فرد جانباز ۵۰ درصد به بالا - میزان درصد در سامانه ثبت گردد).

۷- کلیه احکام کارگزینی طول دوره تحصیل برای مستخدمین رسمی که در آن ماموریت آموزشی یا مرخصی بدون حقوق قید شده باشد.

۸- ارایه گواهی انجام خدمات در بخش دولتی با احتساب ضریب منطقه.

منظور از خدمات دولتی به کلیه فعالیت هایی اطلاق می گردد که فرد به عنوان پزشک عمومی در مراکز پزشکی، آموزشی و درمانی، مراکز درمانی، حوزه ستادی وزارت بهداشت، حوزه های ستادی دانشگاه های علوم پزشکی، مراکز بهداشتی درمانی تابعه وزارتخانه ها و سازمان های دولتی و نهادهای عمومی غیر دولتی (سازمان تامین اجتماعی، بهزیستی، هلال احمر، جهاد دانشگاهی و ...) انجام داده است و مراکز خیریه، خصوصی، فعالیت در مطب، درمانگاه های خصوصی و شرکت های خصوصی و ... را در بر نمی گیرد.

تبصره : ارائه گواهی به روز انجام خدمات در بخش دولتی جهت استفاده کنندگان از مرخصی بدون حقوق سازمان های دولتی و نهادهای عمومی غیر دولتی الزامی می باشد.

۹- همسران متخصصین پزشکی بالینی **متعهد خدمت درمانی** که همزمان فارغ التحصیل می شوند : کپی صفحه اول و دوم شناسنامه طرفین و درخواست کتبی مبنی بر توزیع همزمان در صورت امکان در یک استان مورد نیاز

۱۰- متخصصین پزشکی بالینی درمانی که در سال جاری فارغ التحصیل می گردند و همسر ایشان در حال گذراندن **خدمات مورد تعهد پزشکی بالینی به صورت درمانی** در مراکز تابعه دانشگاه های علوم پزشکی کشور می باشند : کپی صفحه اول و دوم شناسنامه طرفین و درخواست کتبی مبنی بر توزیع همزمان در صورت امکان در یک استان مورد نیاز.



تبصره ۱: ارایه گواهی به روز از معاونت درمان دانشگاه مبنی بر شروع و تداوم خدمت در محل تعیین شده جهت همسرانی که در حال گذراندن خدمات قانونی به صورت درمانی تا پایان آبان ماه ۱۴۰۰ در مراکز تابعه دانشگاه های علوم پزشکی کشور می باشند الزامی می باشد.

تبصره ۲: تکمیل فرم های مذکور به منزله درخواست قطعی دستیاران بوده و در صورت ارایه به دانشگاه غیر قابل تغییر خواهد بود.

۱۱- تصویر گواهی انجام طرح یکماهه (رشته های تخصصی زنان و زایمان، جراحی عمومی، جراحی مغز و اعصاب، رادیولوژی، بیهوشی)

۱۲- گواهی از معاونت آموزشی دانشگاه محل تحصیل جهت دستیاران انتقالی خارج از کشور سهمیه ۲/۵ درصد که در آن مدت دوره تکمیلی در ایران (پرداخت یا عدم پرداخت شهریه) قید گردیده باشد.

تبصره: ارایه گواهی از اداره دانش آموختگان خارج از کشور مبنی بر استفاده یا عدم استفاده از ارز دولتی جهت دستیاران انتقالی خارج از کشور

۱۳- فرم الکترونیکی مشخصات فردی بایستی به امضا و مهر نظام پزشکی دستیار رسیده و مسئولیت صحت و سقم اطلاعات درج شده در فرم مذکور بر عهده وی بوده و دستیار ملزم می باشد پس از تایید، کد رهگیری خود را دریافت نموده و تا پایان تعهدات قانونی نزد خود نگهداری نماید.

۱۴- اطلاع رسانی مبنی بر تحویل مدارک مورد نیاز توسط معاونت درمان دانشگاه محل تحصیل، جمع آوری و ممیزی مدارک مربوطه توسط کارشناس درمان دانشگاه مربوطه و با مسئولیت معاون محترم درمان آن دانشگاه صورت می پذیرد.

۱۵- **مقتضی است از در اختیار قرار دادن نام کاربری و رمز عبور سامانه آواب که به نام کارشناس محترم آن دانشگاه ثبت گردیده است به سایر افراد جدا خودداری نمایند.**

\* در پایان لازم به یادآوری است دریافت هرگونه مدرک تکمیلی خارج از مهلت مقرر از فارغ التحصیلان محترم امکانپذیر نخواهد بود.



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

بسمه تعالی

شماره ۴۳۱۱/۴۰۰/د  
تاریخ ۱۳۹۹/۰۳/۲۰  
پوست د.ارد

دکتر رضا گل پیرا  
رئیس مرکز مدیریت بیمارستانی  
و تعالی خدمات بالینی