

فرم درخواست صدور پروانه صلاحیت حرفه ای گروه پرستاری

واحد صدور پروانه صلاحیت حرفه ای گروه پرستاری دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی/سازمان تامین

اجتماعی/نیروهای مسلح-----

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 تایید می نمایم.

۱- جمع کل امتیاز آموزش مداوم از سال ۱۴۰۲-۱۳۹۷ به میزان-----امتیاز و آموزش ضمن خدمت تخصصی-----

ساعت میباشد. ( ۷۵ امتیاز مداوم و ۵۰ امتیاز معادل ۱۰۰ ساعت آموزش ضمن خدمت تخصصی صحیح می باشد)

۲- اینجانب تایید می نمایم که دارای سلامت جسمی و روانی برای انجام فعالیت به عنوان گروه پرستاری می باشم.

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

گروه پرستاری ندارم.

۴- 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 اتمام مراحل صدور پروانه یا ابطال پروانه طبق مقررات رفتار نماید.

امضاء متقاضی و تاریخ تکمیل فرم

درج شماره تلفن همراه:

مدارک پیوست شامل: کپی کارت ملی، کپی آخرین مدرک تحصیلی مرتبط با پرستاری، کارنامه آموزش مداوم و کارنامه آموزش ضمن خدمت می باشد.

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