****

**بسمه تعالی**

**سال جهش تولید**

**وزارت آموزش و پرورش**

**معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع**

**شماره:**

**تاریخ:**

**پیوست:**

**عکس داوطلب**

**ممهور به مهر پزشک معاین**

**نمون برگ شماره (4-د)**

اظهار نظر پزشک در پایان مرحله اول معاینات

**آقای /خانم ....................................................**

**کدملی..................................................... استان........................................ مرکز مجری مصاحبه ............................................**

1. **از نظر جسمی و روانی توانایی کار معلمی را دارد .**
2. **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 وپرورش را دارند در تعهد پزشک تایید کننده این فرم می باشد .**

**تذکر (1): صدور نمون برگ شماره 4-د ( 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.**

**تذکر(2): تشکیل پرونده و اخذ تعهد محضری و صدور حکم استخدام رسمی- آزمایشی مشروط به سالم بودن در آزمایشات بدو استخدام می باشد.**