

مدارک مورد نیاز به منظور تشکیل پرونده آزمون پذیرش دانش آموز بهورزی سال ۱۳۹۹ دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

مدارک شناسایی داوطلب	
۱	شش قطعه عکس ۳×۴ با پشت زمینه سفید و پشت نویسی شده
۲	اصل به همراه تصویر کارت ملی (پشت و رو)
۳	اصل به همراه تصویر کارت پایان یا معافیت از خدمت سربازی (پشت و رو) (مخصوص آقایان)
۴	اصل به همراه تصویر تمام صفحات شناسنامه فرد
۵	اصل به همراه تصویر تمام صفحات شناسنامه همسر (در صورت تاهل)
مدارک و گواهی های مورد نیاز	
۶	اصل و تصویر مدرک تحصیلی یا گواهی فراغت از تحصیل و یا گواهینامه موقت تحصیلی مورد نیاز مندرج در آگهی منتشره
۷	اصل و تصویر گواهی پایان طرح و یا معافیت از طرح مشمولین خدمات پزشکان و پیراپزشکان یا حکم کارگزینی پایان طرح
۸	واهی اشتغال به طرح یا تمدید طرح جهت مشمولین طرح اجباری و شاغل در واحد های های تابعه دانشگاه، با قید تاریخ شروع و پایان طرح اجباری و همچنین در صورت تمدید با قید تاریخ شروع و پایان تمدید طرح از واحد محل خدمت (به تاریخ روز)
۹	گواهی تمدید اشتغال به طرح اجباری یا اختیاری از سایر دستگاه ها با قید تاریخ شروع و پایان طرح اجباری یا اختیاری و تاریخ شروع و پایان تمدید طرح اجباری
۱۰	گواهی موافقت با انصراف از طرح در زمان شروع به کار برای مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان دارای طرح اختیاری که طرح خود را در سایر دانشگاهها یا سازمانهای تابعه وزارت متبوع می گذرانند به تاریخ روز
مدارک و شرایط بومی	
۱۱	محل تولد داوطلب (طبق مندرجات شناسنامه) با روستا یا شهرستان محل مورد تقاضا برای پذیرش یکی باشد
۱۲	حداقل دو مقطع کامل تحصیلی از مقاطع (ابتدایی ، راهنمایی و متوسطه) و در خصوص فارالتحصیلان نظام جدید دو مقطع کامل از مقاطع تحصیلی (ابتدایی ، متوسطه اول و متوسطه دوم) را در روستا یا شهرستان مورد تقاضا برای پذیرش طی کرده باشد ارائه کارنامه های تحصیلی یا اخذ گواهی از مدیریت آموزش و پرورش شهرستان
۱۳	داوطلبان زن که شرایط بند های فوق را نداشته باشند ولی با فرد واجد شرایط بند های فوق ازدواج کرده و حداقل ۲ سال از تاریخ ازدواج آنان تا اولین روز ثبت نام در آزمون گذشته باشد بومی تلقی می شوند
مدارک و شرایط سکونت	
۱۴	احراز حداقل دو سال سکونت مستمر در روستای مورد نظر (تا تاریخ اولین روز شروع ثبت نام) می باید از طریق گواهی شورای اسلامی روستا (ممهور به مهر و امضای رئیس شورا و نصف اعضای شورا به اضافه یک نفر) با تایید خانه بهداشت مربوطه (منضم به رونوشت از پرونده بهداشتی متقاضی) و مرکز بهداشت شهرستان صورت می
۱۵	تکمیل فرم شماره یک و اخذ تاییدیه های لازم و تحویل آن به ریاست مرکز بهداشت شهرستان مربوطه
مدارک ایثارگری	
۱۷	گواهی معتبر جهت استفاده از سهمیه ۲۵٪ دال بر ایثارگری از بنیاد شهید و امور ایثارگران استان (ویژه خانواده معظم شهدا- جانبازان- آزادگان) به تاریخ روز
۱۸	گواهی معتبر با تایید معاونت نیروی انسانی سازمان بسیج مستضعفین، سپاه پاسداران انقلاب اسلامی و معاونت توسعه و منابع وزارت جهاد کشاورزی، (ستاد کل نیروهای مسلح ، ستاد کل سپاه پاسداران انقلاب اسلامی، ستاد ارتش جمهوری اسلامی ((آجا))، وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح ((ودجا))، نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران ((ناجا)) به (تاریخ روز) جهت استفاده از سهمیه ایثارگری ۵٪/رزمنده یا فرزند رزمنده با قید مدت حضور داوطلبانه در جبهه جنگ (به تاریخ روز)
۱۹	تمام صفحات شناسنامه پدر یا همسر در صورت استفاده از سهمیه ایثارگران (ویژه داوطلبان ایثارگر مشمول سهمیه جانبازان-آزادگان- رزمندگان)
مدارک و شرایط ارفاق به سن	
۲۰	جانبازان ، آزادگان ، فرزندان و همسر شهدا، فرزندان و همسر جانبازان ۲۵ درصد به بالا، فرزندان و همسر آزادگان که حداقل یک سال و بالاتر سابقه اسارت دارند و رزمندگان با سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه در جبهه (دارندگان گواهی از معاونت نیروی انسانی سازمان بسیج مستضعفین یا سپاه پاسداران انقلاب اسلامی یا معاونت توسعه مدیریت و منابع جهاد کشاورزی و یا ستاد مشترک نیروهای مسلح (در خصوص کارکنان پایور نیروهای مسلح و نیرو های وظیفه) از شرط حداکثر سن
۲۱	افراد خانواده معظم شهدا (شامل پدر، مادر، خواهر و برادر) تا میزان ۵ سال
۲۲	رزمندگان دارای کمتر از شش ماه سابقه حضور داوطلبانه در جبهه ، به میزان مدت حضور در جبهه.
۲۳	سابقه خدمت کارمندان تمام وقت دولتی حداکثر به میزان ۵ سال با ارائه خلاصه سوابق خدمتی ممهور به اداره کارگزینی محل خدمت
۲۴	مدت خدمت سربازی انجام شده
۲۵	داوطلبانی که طرح خدمت نیروی انسانی موظف (اجباری یا اختیاری) یا در قالب تمدید طرح)را باستناد قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان انجام داده اند به میزان انجام خدمت فوق