

باسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز

اداره امور دندانپزشکی

فرم تأیید محل کار مشمولین تبصره ۵

توضیحات	نوبت سوم	نوبت دوم	نوبت اول	تاریخ بازدید

نام و نام خانوادگی :	کد ملی :	شماره همراه :
شماره ردیف اختصاصی		

با توجه به نظریه کارشناسی و موافقت اداره امور دندانپزشکی اینجانب ضمن رسم کروکی محل کار و پیگیری لازم در خصوص بازدید محل ذیل متعهد می شوم پس از اخذ تأییدیه فضای فیزیکی فوق مراجعه و تاریخ شروع بکار خود را مکتوب به این اداره اعلام نمایم. ضمناً قبل از هرگونه نقل و انتقال و جابجایی محل کار به جای دیگر و تغییر فضای موجود مراتب را به این اداره اطلاع دهم و ضمن حضور مستمر و فعالانه در محل کار در روزها و ساعات اعلامی به شرح وظایف ابلاغی تبصره ۵ وزارتخانه متبوع (استفاده از هر گونه ابزار و وسایل دندانپزشکی در محل کار ممنوع بوده و فقط مجاز به استفاده از صندلی دندانپزشکی جهت قالبگیری از مراجعین و ساخت پروتزهای متحرک) تمام و کمال اقدام کنم.

امضاء و مهر متقاضی تاریخ

مشخصات محل کار :

حوزه فعالیت : شهرستان شهر بخش دهستان روستا
..... خیابان کوچه پلاک کد پستی تلفن محل کار
..... شماره تلفن محل کار :
زمان فعالیت در محل کار : صبح عصر صبح و عصر روزهای فعالیت در هفته

کروکی محل کار

مشخصات شاغلین:

ردیف	نام و نام خانوادگی	مدرک	بیمه	نوع فعالیت	سابقه کار	تحصیلات	توضیحات

نام و نام خانوادگی

مهر و امضاء

اطلاعات عمومی مربوط به محل کار

- ۱- محل کار با فضای متر مربع
- ۲- مالکیت ساختمان : شخصی استیجاری
- ۳- تعداد طبقات ساختمانی : یک طبقه دو طبقه سه طبقه چهار طبقه بیشتر
- ۴- ساختمان آسانسور دارد : بلی خیر
- ۵- واحد ساختمانی از محل مسکونی جدا است بلی خیر
- ۶- ساختمان : نو ساز قدیمی

