



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت  
مرکز صدور پروانه

بسمه تعالی

فرم شماره دو

شماره  
تاریخ  
پرست

ندارد

فرم درخواست صدور پروانه صلاحیت حرفه ای پرستاران و گروههای وابسته

واحد صدور پروانه صلاحیت حرفه ای پرستاران دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی -----

اینجانب ----- فرزند ----- به شماره شناسنامه -----

کد ملی -----

دارای مدرک تحصیلی در رشته ----- در مقطع ----- از دانشگاه -----

با شماره نظام پرستاری ----- در خواست صدور پروانه صلاحیت حرفه ای را دارم و موارد زیر را تایید می نمایم.

۱-نمره آزمون صلاحیت حرفه ای پرستاران در مهرماه سال ۱۳۹۹ طبق کارنامه سازمان سنجش..... می باشد.

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

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

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 اختتام مراحل صدور پروانه یا ابطال پروانه طبق مقررات رفتار نماید.

امضاء تأیید کننده فرم و تاریخ تکمیل فرم

امضاء متقاضی و تاریخ تکمیل فرم

مدارک پیوست شامل: کپی کارت ملی، کپی مدرک تحصیلی، کپی کارنامه آزمون صلاحیت حرفه ای می باشد.  
این فرم و ضمایم آن در واحد صدور پروانه صلاحیت حرفه ای دانشگاه نگهداری می شود.