

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی/سازمان

"فرم تاییدیه شرایط احراز داوطلبین برنامه تربیت مدیران آینده"

نام و نام خانوادگی	کدملی	آخرین مدرک تحصیلی مندرج در حکم (مقطع و رشته تحصیلی)	پست سازمانی	سابقه خدمت	سابقه مدیریت در سطوح پایه	پست مدیریتی مورد تقاضا در برنامه
<p>* نامبرده شرایط احراز مندرج در بند ۱ و ۲ ماده ۱۰ برنامه تربیت مدیران آینده نظام سلامت را به شرح ذیل دارا می باشد:</p> <p>۱. شرایط احراز نامبرده مطابق با آخرین نسخه طبقه بندی مشاغل می باشد. <input type="checkbox"/></p> <p>۲. شرایط احراز نامبرده مطابق با آخرین نسخه دستورالعمل ارزیابی، انتخاب، انتصاب و توسعه مدیران حرفه ای وزارت بهداشت می باشد. <input type="checkbox"/></p> <p>۳. نامبرده حائز شرایط سنی مندرج در بند ۲ ماده ۱۰ برنامه تربیت مدیران آینده نظام سلامت می باشد. <input type="checkbox"/></p>						
امضا: بالاترین مسئول مهندسی مشاغل			امضا: رئیس مرکز توسعه و تحول اداری			

- مسئولیت رعایت مقررات، صحت و تایید اطلاعات داوطلبین بر عهده رئیس محترم مرکز توسعه و تحول اداری دانشگاه/دانشکده/سازمان می باشد.
- تایید هر ۳ شرط فوق برای ورود به برنامه الزامی می باشد.
- فرم های فاقد مهر و امضاء به کمیته فنی پست مدیریتی مربوطه معرفی نخواهد شد.
- داوطلب باید هنگام ثبت نام، فرم فوق را در سایت موسسه معتمد بارگذاری نماید