

تأییدیه احراز سکونت متقاضی توسط خانه بهداشت

تاریخ:.....

احتراما بدینوسیله صحت مندرجات فرم شماره ۱ مربوط به خانم /آقای فرزند تحت پوشش خانه بهداشت ساکن روستای (اصلی □، قمر □، شعاع ۳۰ کیلومترمراز روستای اصلی تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت مربوطه □)، متقاضی ثبت نام آزمون پذیرش بهورزی سال ۱۴۰۰ که به تأیید شورای اسلامی رسیده است، توسط بهورز/ بهورزان این خانه بهداشت تایید و گواهی می گردد نامبرده با مشخصات شماره خانوار ساختمان شماره از تاریخ لغایت به مدت سال و ماه در روستای فوق سکونت مستمر داشته است. ضمنا فرم خانوار نامبرده در سامانه سیب به پیوست ارسال می گردد.

توجه؛

فرم خانوار بایستی حتما دارای تاریخ بوده و نشان دهنده وضعیت سکونت متقاضی در روستای اصلی، قمر، شعاع ۳۰ کیلومترمراز روستای اصلی تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت باشد.

در صورت اثبات عدم صحت اطلاعات فوق، مسئولیت هر گونه خسارت مادی و معنوی به اشخاص حقیقی و حقوقی، دستگاه های دولتی و مراجع قانونی آن متوجه اینجانب/اینجانبان بوده و مستوجب پیگرد قانونی می باشم/می باشیم.

نام و امضاء و اثر انگشت بهورز اول نام و امضاء و اثر انگشت بهورز دوم نام و امضاء و اثر انگشت بهورز سوم

محل مهر خانه بهداشت

تأییدیه احراز سکونت توسط مسئول مرکز خدمات جامع سلامت

تاریخ

مراتب فوق بررسی و صحت آن مورد تأیید اینجانب مسئول مرکز خدمات جامع سلامت روستایی می باشد. در صورت اثبات عدم صحت اطلاعات فوق، مسئولیت هر گونه خسارت مادی و معنوی به اشخاص حقیقی و حقوقی، دستگاه های دولتی و مراجع قانونی آن متوجه اینجانب بوده و مستوجب پیگرد قانونی می باشم.

نام و نام خانوادگی مسئول مرکز

مهر و امضاء