**فرم شماره 6**

**آگهي ثبت‌نام كانديداهاي هيئت ‌مديره چهارمین دوره انتخابات**

**سازمان نظام پرستاري جمهوري اسلامي ايران**

بدين‌وسيله به اطلاع كليه كادر پرستاري مشمول ماده 16 قانون سازمان نظام پرستاري مي‌رساند پنجمین دوره انتخابات هیئت مدیره های سازمان نظام پرستاري در تاريخ ۹۸/۰۴/۲۱ به طور هم‌ زمان در سراسر كشور برگزار خواهد شد، لذا متقاضيان ثبت‌نام در هيئت مديره شهرستان‌هاي واجد شرايط مي‌توانند از تاريخ ۹۸/۰۲/۱۱ لغايت ۹۸/۰۲/۲۴ با توجه به شرايط ذيل و در دست داشتن مدارك لازم به : **کرمانشاه – بلوار شهید بهشتی- ساختمان شماره دو دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه –مدیریت پرستاری (تلفن** **08338381827 )** مراجعه و ثبت نام نمايند.

**شرايط انتخاب شوندگان هيئت مديره سازمان نظام پرستاري شهرستان‌ها به شرح ذيل مي‌باشد:**

1ـ عضويت در سازمان نظام پرستاري به صورت معتبر و به تاريخ روز و با ارائه كارت عضويت در سازمان كه در كل كشور يكنواخت و داراي شماره نظام پرستاري و صادره از سازمان مركزي مي‌باشد.

2ـ عدم سابقه محكوميت كه منجر به محروميت از حقوق اجتماعي باشد.

3- عدم سابقه محكوميت از هيات‌هاي رسيدگي به تخلفات سازمان نظام پرستاري كه منجر به محروميت از عضويت در سازمان نظام پرستاري باشد.

4ـ داشتن حداقل سه سال سابقه سكونت يا اشتغال در حوزه انتخابيه

5ـ عدم تجاهر به فسق و نداشتن فساد اخلاقي و مالي

6ـ التزام عملي به اسلام و پايبندي به قانون اساسي جمهوري اسلامي ايران

**تبصره:** ضمناً اقليت‌هاي ديني شناخته شده در قانون اساسي جمهوري اسلامي ايران كه تابع احكام دين اعتقادي خود مي‌باشند، مشروط به اينكه تجاهر به نقض احكام اسلامي را ننمايند.

7ـ عدم عضويت در هيئت‌هاي نظارت و اجرايي.

**مدارك لازم جهت ثبت ‌نام داوطلبين در هيئت‌مديره‌ها:**

1ـ فتوكپي شناسنامه (تمام صفحات دو نسخه)

2ـ 6 قطعه عكس 4×3

3ـ تصوير كارت عضويت معتبردر سازمان كه برابر اصل شده باشد.

4ـ گواهي مبني بر سه سال سابقه سكونت يا اشتغال در حوزه انتخابيه به تأييد سازمان نظام پرستاري شهرستان مربوطه (در شهرستان‌هايي كه تاكنون نظام پرستاري نداشته‌اند به تأييد شبكه بهداشت و درمان شهرستان مربوطه).

5- تكميل فرم ثبت نام داوطلبين

**ستاد اجرايي مركزي**

**پنجمین دوره انتخابات سازمان نظام پرستاري**

**جمهوري اسلامي ايران**

محل‌الصاق عكس

**فرم شماره 1**

**فرم ثبت ‌نام داوطلبين هيئت‌ مديره پنجمین دوره انتخابات سازمان نظام پرستاري**

|  |  |
| --- | --- |
| نام و نام خانوادگي : | مشهور به : |
| جنسیت : مرد□ زن□ | شماره نظام پرستاري : |
| تاريخ تولد : | نام پدر: |
| شماره ملّی : | شماره شناسنامه : |
| محل صدور: | شهر / استان محل تولد: |
| نام و نام خانوادگي قبلي : | توضيحات آخر شناسنامه : |
| سوابق و تجربيات شغلي : | سطح تحصيلات : |
| شغل قبلي : | شغل فعلي : |
| آدرس محل كار : | آدرس محل سكونت : |
| شماره تلفن محل سكونت | شماره تلفن محل كار: |
| حوزه انتخابيه : | شماره تلفن همراه : |
| استان : |  |

**تاريخ ـ امضاء**

**فرم شماره 4**

**تأييديه 3 سال اشتغال يا سكونت در حوزه انتخابيه**

**گواهي مي‌شود: آقاي / خانم ..................................**

**سمت: ..................................**

**داراي 3 سال سابقه اشتغال / سكونت در شهرستان .................................. مي‌باشد اين گواهي بنا به درخواست نامبرده جهت ارائه به ستاد اجرائي انتخابات نظام پرستاري صادر گرديده و فاقد هر گونه ارزش ديگري است.**

**رئيس شبكه بهداشت و درمان**

**شهرستان .....................**

**فرم شماره 5**

**ریاست محترم هيئت‌ اجرايي انتخابات سازمان نظام پرستاري شهرستان ..................................**

**سلام عليكم**

**احتراماً وفق بند 4 از تبصره 3 ماده 17 آيين‌نامه اجرايي انتخابات نظام پرستاري بدين‌وسيله گواهي مي‌شود، جناب آقاي / سركار خانم ........................... فرزند ....................... به شماره نظام پرستاري ........................ سابقه حداق سه سال سكونت / اشتغال در اين شهرستان دارد.**

**رئيس هيئت مديره نظام پرستاري**