

گواهی سکونت داوطلبان متقاضی شغل بهورزی مشمول ماده 2، بند 2-2 آگهی پذیرش بهورز		
داوطلب گرامی این گواهی بایستی ابتدا توسط بهورزان محترم و سپس توسط اعضای محترم شورای اسلامی روستا تکمیل شود. نام و نام خانوادگی داوطلب: خانم/ آقا.....، فرزند.....، دارند کد ملی..... روستای مورد تقاضا:..... روستای اصلی مورد تقاضا برای پذیرش بهورز:.....		
بند 1	گواهی سکونت داوطلب (بند الف/ بند ب/ تبصره 1)	سکونت داوطلب در روستای.....، حداقل در دو سال اخیر تا اولین روز شروع ثبت نام (1402/12/05) مورد تایید است. (از تاریخ 1400/12/05 تا تاریخ 1402/12/05)
بند 2	گواهی سکونت همسر داوطلب (تبصره 1)	سکونت آقای.....، فرزند.....، دارند کد ملی.....، در روستای.....، حداقل در دو سال اخیر تا اولین روز شروع ثبت نام (1402/12/05) مورد تایید است. (از تاریخ 1400/12/05 تا تاریخ 1402/12/05) ایشان همسر خانم.....، داوطلب بهورزی می باشند.
بند 3	گواهی خروج داوطلب از روستا و اقامت دائم خانواده (بخش اول تبصره 3)	داوطلب به علت ادامه تحصیل/ گذراندن مدت قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان/ اشتغال/ انجام دوره خدمت وظیفه دوره ضرورت سربازی در خارج از روستا سکونت داشته است و قبل از وضعیت های فوق اشاره در روستای..... ساکن بوده است و در حال حاضر خانواده داوطلب در روستای..... اقامت دائم دارند.
بند 4	گواهی خروج داوطلب از روستا به همراه همسر (تبصره 3: جوانی جمعیت)	داوطلب متاهل بومی مطابق با بند الف یا ب بوده و تا قبل از ثبت نام به ادامه تحصیل/ گذراندن مدت قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان/ انجام دوره خدمت وظیفه دوره ضرورت سربازی به همراه همسر خود در خارج از روستا سکونت داشته است و قبل از وضعیت های فوق اشاره در روستای..... ساکن بوده است.
*شماره خانوار فعال داوطلب (توسط بهورز ثبت شود):..... *تعداد بهورزان خانه بهداشت:..... *تعداد اعضای شورای اسلامی روستا:..... بند..... را تایید نموده و مسئولیت قانونی صحت مندرجات این گواهی را به عهده می گیرم.		
1. نام و نام خانوادگی بهورز:..... مهر خانه بهداشت:..... امضاء:..... تاریخ:..... اثر انگشت:.....		
2. نام و نام خانوادگی بهورز:..... مهر خانه بهداشت:..... امضاء:..... تاریخ:..... اثر انگشت:.....		
3. نام و نام خانوادگی بهورز:..... مهر خانه بهداشت:..... امضاء:..... تاریخ:..... اثر انگشت:.....		
4. نام و نام خانوادگی رئیس شورای اسلامی روستا:..... مهر:..... امضاء:..... تاریخ:..... مهر خانه بهداشت:.....		
5. نام و نام خانوادگی رئیس شورای اسلامی روستا:..... مهر:..... امضاء:..... تاریخ:..... مهر خانه بهداشت:.....		
6. نام و نام خانوادگی رئیس شورای اسلامی روستا:..... مهر:..... امضاء:..... تاریخ:..... مهر خانه بهداشت:.....		
7. نام و نام خانوادگی رئیس شورای اسلامی روستا:..... مهر:..... امضاء:..... تاریخ:..... مهر خانه بهداشت:.....		
8. نام و نام خانوادگی دهیار روستا:..... مهر:..... امضاء:..... تاریخ:..... مهر خانه بهداشت:.....		
9. نام و نام خانوادگی مسئول مرکز خدمات جامع سلامت:..... امضاء:..... تاریخ:..... مهر مرکز خدمات جامع سلامت:.....		