

**تاییدیه رفتار و عملکرد حرفه ای**  
برای متقاضیان پروژه چند حوزه ای انتقال مامائی  
(ام.ام.بی.پی)

**دستورالعمل برای متقاضی**

لطفا قسمت اول را تکمیل کرده و یک نسخه از این فرم را به هر یک از سازمان های نظارتی که شما به عنوان یک مامای دارای پروانه رسمی، عضو آن سازمان بوده یا هستید، بفرستید.

قسمت اول ( توسط متقاضی تکمیل گردد):

نام کامل متقاضی:

نام یا نامهای قبلی، اگر وجود دارد:

تاریخ تولد:

استان یا منطقه ای که قصد دارید در آن به فعالیت بپردازید:

نام سازمان نظارتی مامائی:

شماره دانشجویی، اگر باشد:

تاریخ فارغ التحصیلی:

اینجانب سازمان نظارتی فوق الذکر را مجاز می نمایم تا اطلاعات شخصی و محرمانه اینجانب را تنها در اختیار پروژه چند حوزه ای انتقال مامائی (ام.ام.بی.پی) و سازمان نظارتی مامائی استان یا منطقه ای که قصد فعالیت در آن را دارم (در بالا به آن اشاره شده) قرار دهد. همچنین موافقت می نمایم که همه مکاتبات مابین افراد این سازمان ها در خصوص درخواست من از (ام.ام.بی.پی) در حیطه اختیارات آنهاست و من هر گونه حق آگاه شدن از آن اطلاعات را از خودم سلب می نمایم.

تاریخ:

امضاء متقاضی:

**اطلاعات مربوط به پیشینه متقاضی**

متقاضی درخواست نموده که به منظور اخذ پروانه فعالیت مامائی در استان یا منطقه اشاره شده در قسمت اول در پروژه چند حوزه ای انتقال مامائی (ام.ام.بی.پی) مشارکت نماید. این برنامه انتقالی به گونه ای طراحی شده که به آن دسته از ماماهائی که در سایر نقاط جهان آموزش دیده اند کمک نماید، تاهزمان با درخواست اشتغال به مامائی در کانادا بتوانند کمبودهای موجود در دانش و مهارتهای خود را مرتفع نمایند.

کارشناسان ارزشیابی (ام.ام.بی.پی) در تصمیم‌گیری خود در خصوص قابلیت متقاضی برای شرکت در (ام.ام.بی.پی) از اطلاعات مندرج در این فرم استفاده خواهند کرد. یکی از راه‌های احراز شرایط (ام.ام.بی.پی) اثبات عضویت قبلی یا فعلی متقاضی بعنوان ماما در یک حوزه تحت نظارت است.

چنانچه متقاضی (ام.ام.بی.پی) را تکمیل نموده و جهت اخذ پروانه مامایی در یکی از استانها یا مناطق مشارکت‌کننده در این پروژه درخواست نماید سازمان نظارتی مامایی آن استان یا منطقه (سازمانی که ناظر حرفه مامایی در جهت منافع عموم است) به منظور ارزشیابی و تصمیم‌گیری خود از اطلاعات مندرج در این فرم‌ها بهره خواهد گرفت.

سازمان‌های نظارتی مامایی استانی و منطقه‌ای مسئولیت دارند که اطمینان حاصل نمایند که هر مامای رسمی، در انجام شغل مامائی خویش مهارت داشته و نیز از شخصیت مطلوبی که منطبق با مسئولیتهای یک مامای حرفه‌ای است برخوردار است. و همچنین در کار خود حائز استانداردهائی باشد که از یک مامای رسمی انتظار می‌رود. برای انجام این ارزشیابی، سازمان نظارتی مامایی نیازمند اطلاعات گسترده در مورد عملکرد حرفه‌ای متقاضی است. تکمیل این فرمها توسط شما این مدرک را در اختیار ما می‌گذارد.

### دستورالعمل مربوط به سازمان نظارتی

این فرم می‌بایست توسط مدیر مربوطه یا رئیس بخش مقررات مامائی یا یک مقام بلند پایه مشابه در کشور، ایالت یا استان شما که در زمینه مقررات مامائی مسئولیت دارد پر گردد.

1. لطفا قسمت دوم این پرسشنامه را به طور کامل پر کنید. در صورت لزوم صفحات اضافی ضمیمه نمایید.

2. نام، اطلاعات لازم جهت تماس و سمت خود را در محلی که در آخر فرم مشخص شده درج نمایید. این اطلاعات از اهمیت زیادی برخوردارند. ممکن است برای کسب اطلاعات بیشتر با شما تماس بگیریم.

3. فرم را امضاء کرده و تاریخ را در محل مربوطه درج نمایید.

4. فرم کامل شده را در پاکت قرار دهید، در پاکت را بچسبانید و محل چسب را امضا کنید.

5 لطفاً فرم تکمیل شده را از طریق پست معمولی یا پیش‌تاز به این آدرس ارسال کنید. لطفاً از تحویل آن به خود متقاضی خودداری فرمایید چرا که در آن صورت از درجه اعتبار ساقط خواهد شد.

**The Multi-Jurisdictional Midwifery Bridging Project**  
C/O College of Midwives of BC,  
# 210- 1682 West 7<sup>th</sup> Avenue,  
Vancouver, British Columbia, V6J 4S6  
Canada  
Tel : (604) 742-2232 / 1-888-642-2232 (رایگان)

از مساعدت شما در ارایه این اطلاعات کمال تشکر را داشته و از زحمات و وقتی که به این منظور صرف فرموده اید بسیار سپاسگزاریم.

قسمت دوم (توسط سازمان تنظیم کننده مقررات تکمیل گردد)

### وضعیت عضویت متقاضی

1.  متقاضی در حال حاضر به عنوان "ماما" عضو است یا دارای پروانه کار می باشد.

الف. شماره عضویت متقاضی:

ب. تاریخ اولین عضویت متقاضی:  
(روز / ماه / سال)

یا

متقاضی پیش از این به عنوان "ماما" عضو بوده یا پروانه اخذ نموده است

الف. شماره عضویت قبلی متقاضی:

ب. تاریخ شروع و پایان عضویت متقاضی:

تاریخ شروع: (روز / ماه / سال)  
تاریخ پایان: (روز / ماه / سال)

توضیحات تکمیلی:

2. رده بندی جاری یا آخرین رده بندی عضویت یا پروانه مامایی متقاضی چه بوده است؟ (بعنوان مثال رده بندی هایی چون: عمومی، محدود، مشروط، موقت، غیر فعال) لطفاً به طور مشخص ذکر کنید:

3. آیا تا کنون در عضویت یا پروانه مامایی متقاضی محدودیتهایی وجود داشته است؟  
بلی  خیر

اگر پاسخ مثبت است لطفاً توضیح دهید:

4. آیا در حال حاضر در عضویت یا پروانه مامایی متقاضی محدودیتهایی وجود دارد؟

بلی  خیر

اگر پاسخ مثبت است لطفاً توضیح دهید:

توضیحات تکمیلی:

شرایط لازم جهت ادامه عضویت :

5. آیا متقاضی همواره اطلاعات مورد نظر دستگاه نظارت بر مامایی در کشور، ایالت یا استان مربوطه را به موقع گزارش کرده و می کند؟

بلی  خیر

توضیحات تکمیلی:

6. آیا متقاضی در به روز رسانی قابلیتها، بازآموزی مهارت های حرفه ای و پیشرفت و بهبود قابلیت های حرفه ای مامایی بر اساس الزامات حوزه نظارتی شما موفق بوده است؟

بلی  خیر

توضیحات تکمیلی:

7. لطفاً جدول ذیل را با توجه به اطلاعات مربوط به دروس، دوره ها و یا دیگر الزاماتی که ماماها باید بگذرانند

تا بتوانند عضویت یا پروانه خود را به عنوان "ماما" تمدید نمایند تکمیل کنید:

نام دوره یا کارگاهی که اخذ گواهی در آن الزامی است	دوره زمانی بازآموزی و تجدید گواهی	تاریخ آخرین بازآموزی و تجدید گواهی متقاضی با توجه به محتویات پرونده
(مثال) احیاء نوزاد	دو سال	28 مارس 2008
1-	سال	
2-	سال	
3-	سال	
4-	سال	
5-	سال	

توضیحات تکمیلی:

8. آیا متقاضی تمام شرایط لازم و مورد نیاز را جهت حفظ شرایط عضویت و پروانه کار خود به عنوان "ماما" در دوره زمانی که در حوزه نظارتی شماعضو بوده داشته است.

خیر

بلی

توضیحات تکمیلی:

اطلاعات مربوط به رفتار حرفه ای متقاضی

9. کدام یک از شرایط ذیل شامل حال متقاضی میشود؟ لطفا کلیه موارد مربوطه را با علامت مشخص فرمایید:

هر گونه تحقیق، شکایت، بازرسی یا اقدام انضباطی که در حال حاضر با توجه به اشتغال حرفه ای، صلاحیت، اصول اخلاقی و یا دیگر رفتارهای متقاضی به عنوان "ماما" در جریان است.

هرگونه حکم یا رای که در مورد سوء رفتار حرفه ای، عدم صلاحیت یا ناشایستگی به عنوان "ماما" علیه متقاضی صادر شده باشد.

شرایط یا محدودیت هائی که به جهت سوء رفتار، عدم صلاحیت یا ناشایستگی برای ادامه کار مامائی متقاضی اعمال شده باشد.

متقاضی متعهد شده است که الزامات آموزشی و یا شرایط را برآورده نماید، رفتار سابق را تکرار نکند، توبیخ و اخطار کتبی دریافت نموده و یا جریمه نقدی پرداخت کرده است.

متقاضی توبیخ و اخطار کتبی دریافت نموده و یا جریمه نقدی پرداخت کرده است.

متقاضی برای حل اختلاف نیاز به میانجیگری یا روش های دیگر حل اختلاف داشته است.

پروانه یا عضویت متقاضی به عنوان "ماما" به حالت تعلیق در آمده است.

پروانه یا عضویت متقاضی به عنوان "ماما" باطل شده است.

درخواست اخذ پروانه و یا عضویت متقاضی به عنوان "ماما" رد شده است.

پروانه یا عضویت متقاضی به عنوان "ماما" لغوشده است.

چنانچه هر یک از موارد سوال 9 را با علامت مشخص کرده اید، لطفا هر گونه مدرک و یا شواهد موجود را که ممکن است در دسترس باشد ضمیمه کنید و اگر مجاز باشد ضمن شرح وضعیت چگونگی حل مسئله و نتیجه آنرا ذکر کنید.

اگر موضوعی همچنان در جریان است و این اطلاعات هنوز مشخص نشده است، چه زمانی انتظار می رود که نتیجه مشخص شود؟  
تاریخ:

توضیحات تکمیلی:

10. آیا اطلاعات دیگری در مورد متقاضی وجود دارد که به نظر شما در ارتباط با توانایی او در اشتغال به دور از

اشتباه و رعایت مبانی اخلاقی به حرفه مامایی در مناطق  
دیگری باشد؟ اگر پاسخ مثبت است لطفاً توضیح دهید.

توضیحات تکمیلی:

11. آیا شما نسبت به عضویت متقاضی در مناطق و حوزه های دیگر  
آگاهی دارید؟ چنانچه مطلع هستید لطفاً ذکر فرمایید.

توضیحات تکمیلی:

نام و سمت تکمیل کننده فرم:
نام سازمان نظارتی تاظر بر حرفه مامایی:
نشانی:
شماره تلفن:
نشانی پست الکترونیکی:
امضاء:
تاریخ: