

فرم معرف حرفه ای برای متقاضیان پروژه چند حوزه ای انتقال مامائی (ام.ام.بی.پی)

اطلاعات مربوط به پیشینه متقاضی

متقاضی نامبرده در قسمت اول 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، تاهمزمان 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 تصمیم گیری خود در خصوص قابلیت متقاضی برای شرکت در (ام.ام.بی.پی) از اطلاعات مندرج در این فرم استفاده خواهند کرد. یکی از راه های احراز شرایط (ام.ام.بی.پی) اثبات عضویت قبلی یا فعلی متقاضی بعنوان ماما در یک حوزه تحت نظارت است. همچنین متقاضیان علاوه بر مدارک هویتی می بایست شواهدی ارائه نمایند که دال بر عملکرد مسئولانه، مبتنی بر رعایت موارد ایمنی و منطبق با اصول اخلاقی آنها باشد.

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

اطلاعات شما در خصوص این متقاضی که با تکمیل این فرم در اختیار ما قرار خواهید داد در این ارزیابی بسیار حائز اهمیت است.

دستورالعمل مربوط به معرف

توجه: در صورت دریافت این فرم از طریق پست الکترونیکی لطفا فرم و عکس متقاضی را چاپ کرده و بر اساس دستورالعمل ذیل اقدام نمایید. متقاضی شما را مجاز دانسته این اطلاعات محرمانه را در اختیار ما بگذارید و اطلاع دارد که هر گونه اطلاعاتی راکه شما ارائه می کنید در اختیار خود او قرار داده نخواهد شد.

1. در تایید مشابهت عکس با متقاضی پشت آن را امضاء نمایید.

2. لطفا قسمت دوم این پرسشنامه را به طور کامل پر کنید.
در صورت نیاز به توضیحات بیشتر می توانید صفحات بیشتر
ضمیمه نمایید.

3. نام، اطلاعات لازم جهت تماس، سمت، شماره عضویت / پروانه 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.

4. فرم را در محل مربوطه امضاء نمائید.

5. فرم معرف تکمیل شده را در پاکت قرار دهید، در پاکت را
بجسبانید و محل چسب را امضا کنید.

6. فرم معرف را از طریق پست معمولی یا یشتاز به آدرس زیر
ارسال نمائید لطفاً از تحویل آن به خود متقاضی خودداری
فرمایید چرا که در آن صورت از درجه اعتبار ساقط خواهد
شد.

جهت پذیرش فرم معرف رعایت کلیه مراحل فوق الزامی است.

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

لطفا فرم معرف تکمیل شده را از طریق پست معمولی یا یشتاز
به این آدرس ارسال کنید:

The Multi-Jurisdictional Midwifery Bridging Project

C/O College of Midwives of BC,

210- 1682 West 7th Avenue,

Vancouver, British Columbia, V6J 4S6

Canada

Tel : (604) 742-2232 / 1-888-642-2232 (رایگان)

دستورالعمل مربوط به متقاضی

لطفا قسمت اول را تکمیل کرده و یک نسخه از آن را برای هر یک
از معرفین خود ارسال کنید.

قسمت اول (توسط متقاضی تکمیل گردد):

نام کامل متقاضی:

عکس
پاسپور
تی
متقاضی

معرف
محترم :
لطفاً در
تایید
مشابعت عکس
با متقاضی
پشت آن را

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

نام معرف :

عنوان شغلی معرف :

ماما پرستار پزشک غیره

اینجانب معرف فوق الذکر را مجاز می نمایم تا
اطلاعات شخصی و محرمانه اینجانب را تنها در اختیار
پروژه چند حوزه ای انتقال مامایی (ام.ام.بی.پی)
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 .

امضاء متقاضی: تاریخ :

قسمت دوم (توسط معرف تکمیل گردد.)

1. شما در چه سمتی ناظر بر فعالیت متقاضی بعنوان ماما بوده
اید؟

2. در کجا ناظر بر فعالیت متقاضی بعنوان ماما بوده اید؟

3. در چه مقاطع زمانی ناظر بر فعالیت متقاضی بعنوان ماما
بوده اید؟ (لطفاً در صورت امکان به سالها و تاریخهای
دقیق اشاره کنید)

4. آیا شما شخصاً شاهد بوده اید که متقاضی به مسئولیت خود
زایمانهایی را انجام داده باشد؟

بلی خیر

5. چنانچه شما پزشک هستید، آیا متقاضی زنانی که تحت مراقبت
او بودند اند را جهت مشاوره یا انتقال مسئولیت درمان
و مراقبت به شما معرفی کرده است؟

بلی خیر
مربوط نمی شود

6. بر اساس دانسته های شما آیا متقاضی مشکلات مربوط به سلامت روان یا استفاده از مواد مخدر را دارد که فعالیت او را بعنوان ماما مختل نماید؟

بلی، اگر پاسخ مثبت است لطفا توضیح دهید.
خیر

7. آیا شما از هر گونه شکایت علیه متقاضی که منجر به رسیدگی یا اقدامات تنبیهی شده باشد اطلاع دارید؟

بلی، اگر پاسخ مثبت است لطفا توضیح دهید.
خیر

8. آیا شما متقاضی را به عنوان شخصی قابل اطمینان، صادق و صاحب ارزش اخلاقی می شناسید؟

بلی خیر، اگر پاسخ منفی است
لطفا توضیح دهید.

9. آیا به نظر شما برخورد و رفتار متقاضی مطابق با رفتار و کردار مناسب حرفه ای است؟

بلی خیر، اگر پاسخ منفی است
لطفا توضیح دهید.

10. آیا به نظر شما فعالیت متقاضی در زمینه مامایی همراه با رعایت اصول و موارد ایمنی است؟

بلی خیر، اگر پاسخ منفی است
لطفا توضیح دهید.

11. آیا شما اطلاعات بیشتری در مورد رفتار حرفه ای یا اخلاقی متقاضی در اختیار دارید که صلاح بدانید در اختیار (ام.ام.بی.پی) قرار دهید؟

بلی، اگر پاسخ مثبت است لطفا توضیح دهید. خیر

نام و عنوان شغلی معرف:
نشانی:
شماره تلفن:
نشانی پست الکترونیکی (ایمیل):
سازمان نظارتی حرفه ای:
شماره عضویت:
امضاء معرف:
تاریخ: