**فرم تعهد مسئول فنی بهداشتی واحد**

اینجانب ................................................. فرزند ......... به شماره شناسنامه ...... صادره از ............. متولد ................ به شماره ملی .................دارای کدپستی .................................. به نشانی ......................................................................... فارغ التحصیل رشته دامپزشکی از دانشکده دامپزشکی دانشگاه ................................. و شماره نظام دامپزشکی ............. متعهد می گردم:

1) کلیه ضوابط و دستورالعمل های سازمان دامپزشکی کشور را به عنوان نماینده سازمان و مسئول فنی بهداشتی (دامپزشکی) در واحد/شرکت..... واقع در استان مازندران،شهرستان....روستای......به مورد اجرا گذاشته و در مقابل بروز هرگونه اشکال جوابگو بوده و گزارش کار خود را بطور مستمر به اداره کل دامپزشکی مازندران ارائه نمایم و در صورت قصور، سازمان دامپزشکی می تواند ضمن لغو مجوز اینجانب برابر مقررات اقدام لازم را انجام دهد.

2) در صورت انصراف از ادامه کار مراتب را حداقل دو ماه قبل به واحد و اداره کل دامپزشکی استان بصورت کتبی اطلاع دهم و تا زمانیکه مسئولیت بهداشتی واحد فوق الذکر به عهده اینجانب است به انجام وظایف مطابق موازین و دستورالعمل ها ادامه دهم.

3) در حال حاضر و تا زمان اشتغال در این واحد به عنوان مسئول فنی بهداشتی در هیچ وزارتخانه، سازمان و نهاد دولتی و خصوصی اشتغال به خدمت رسمی، پیمانی و قراردادی نداشته و همچنین عضو هیئت علمی تمام وقت هیچ یک از دانشگاهها و موسسات آموزشی دولتی، غیر انتفاعی و آزاد اسلامی و..... نباشم و پروانه درمانگاه، داروخانه، مرکز مایه کوبی یاامور درمانی و یا مسئولیت فنی امور دارویی را نداشته باشم.

4) در حال حاضر و تا زمان اشتغال در این واحد به عنوان مسئول فنی بهداشتی، دانشجوی دوره دکتری تخصصی، Ph.D نبوده و نباشم.

5) مسئولیت امور بهداشتی کشتارگاه ها، کارخانه های خوراک دام و طیور و مراکز بسته بندی فرآورده های خام دامی را نداشته و از سازمان دامپزشکی کشور در داخل استان و سایر استان ها مجوزی را اخذ ننموده ام و در صورتی که خلاف موارد فوق ثابت گردد ضمن لغو تمامی پروانه های صادره تا سه سال حق دریافت هرگونه پروانه و یا مجوز اشتغال از سازمان دامپزشکی کشور را از خود سلب می نمایم و سازمان دامپزشکی کشور مجاز می باشد پرونده تخلف اینجانب را جهت اقدام قانونی به سازمان دامپزشکی ارجاع نماید.

6) در صورت اتمام تاریخ پروانه بهداشتی اینجانب و همچنین پایان تاریخ پروانه بهداشتی واحد تحت نظارت خود ، نسبت به پیگیری تمدید پروانه خود و پروانه واحد اقدام نمایم . (واحدهايي كه فاقد پروانه بهداشتي بهره‌برداري معتبر بوده و يا فاقد مسئول فنی بهداشتي مستقل مي‌باشند واجد شرايط تفويض اختيار نمي‌باشند.)

7) گواهي حمل بهداشتي را منحصراً براساس فرمت گواهي حمل بهداشتي الكترونيكي سامانه قرنطينه سازمان دامپزشکی کشور صادر نمایم.

8) كليه مطالب و اطلاعات را به صورت كامل در گواهي‌هاي حمل بهداشتي درج کرده و نام و نام‌خانوادگي، مهر، امضاء و شماره نظام دامپزشكي خود را به صورت خوانا بنویسم.

9) از وصول محموله در واحدهاي مجاز مقصد از طريق ثبت در سامانه قرنطينه سازمان دامپزشکی در وب سايت www.e.ivo.ir  اطمينان حاصل نموده و در صورت عدم ثبت اعلام وصول محموله در مقصد از تحويل كالا به خودرو و يا شركت خودداري ورزم.

9-1) پس از تحويل محموله و ظرف 48 ساعت پس از انقضای تاریخ گواهی حمل، نسبت به تعیین تکلیف محموله ها در سامانه قرنطینه(تایید تخلیه یا عدم وصول) اقدام نمایم.

9-2) قبل از دادن مجوز جديد به خودرو از وصول محموله قبلي از طريق ورود به سامانه و كنترل آن در آمار خودرو با استفاده از کد رهگیری آن اطمينان حاصل نموده در صورت عدم تحويل از صدور گواهي حمل بهداشتی جديد خود داري نمايم.

10) از افشاي نام ورود و كلمه عبور سامانه قرنطينه سازمان دامپزشکی به افراد غير خودداري نمايم در صورت سهل‌انگاري ، سازمان دامپزشکی میتواند ضمن حذف نام کاربری اینجانب ، برابر مقررات اقدام لازم را انجام دهد.

11) مهر مسئولين فنی بهداشتي بايد حاوي اطلاعات زير باشد. (نام دكتر دامپزشك، شماره سازمان نظام دامپزشكي) مسئول بهداشتي واحد لازم است داراي پروانه مسئول بهداشتي معتبر از اداره‌كل دامپزشكي استان ذيربط باشد.

12) نظارت نمایم تا هر محموله ، با خودروی ویژه همان محموله حمل گردد.

13) گواهی حمل بهداشتی را بر خلاف ضوابط و مقررات دستورالعمل ابلاغي صادر ننمایم در غیر اینصورت سازمان میتواند username و password اینجانب را ابطال کرده و همچنين مراتب تخلف را به سازمان نظام دامپزشكي جهت برخورد قانوني منعكس کند.

14) واحدهايي كه فاقد پروانه بهداشتي بهره‌برداري معتبر بوده و يا فاقد مسئول فنی بهداشتي مستقل مي‌باشند واجد شرايط تفويض اختيار نمي‌باشند.

15) اين تفويض اختيار داخل كشوري بوده و شامل محموله‌هاي صادراتي نمي‌گردد.

16**) گواهي حمل بهداشتي منحصراً در يك برگ چاپ شده و و بصورت تايپ شده پرينت و مهر و امضا گردد.**

17) **هر ده روز يك بار با مراجعه به اداره دامپزشكي شهرستان نسبت به تسويه مالي ناشي از صدور گواهي هاي حمل بهداشتي اقدام نمايم در غير اين صورت نسبت به حذف كد كاربري اینجانب** **اقدام خواهد شد.**