

## اطلاعیه

### آگهی پذیرش نیروی قراردادی از محل برنامه پزشک خانواده روستایی

شبکه بهداشت و درمان شهرستان کلپیر به استناد دستورعمل نسخه 24 بیمه روستایی جهت اشتغال در مراکز سلامت روستایی ذیل از محل برنامه پزشک خانواده روستایی داوطلب می پذیرد.

| ردیف | نام مرکز خدمات جامع سلامت          | عنوان شغلی  | تعداد مورد نیاز  | مدرک تحصیلی                          |
|------|------------------------------------|-------------|------------------|--------------------------------------|
| 1    | مرکز شبانه روزی<br>آبش احمد        | پرستار/ماما | 2 نفر (زن و مرد) | کارشناس پرستاری و<br>کارشناسی مامایی |
| 2    | مرکز شبانه روزی<br>آبش احمد        | آزمایشگاه   | 1 نفر (زن و مرد) | کارشناس علوم<br>آزمایشگاهی           |
| 3    | مرکز شهید فاطمی<br>(شماره 1 کلپیر) | بهداشت محیط | 1 نفر (زن و مرد) | کارشناس بهداشت محیط                  |

### شرایط ثبت نام

#### شرایط عمومی داوطلبان :

- 1 - اعتقاد به دین مبین اسلام یا یکی از ادیان شناخته شده در قانون اساسی کشور
- 2 - داشتن تابعیت نظام جمهوری اسلامی ایران
- 3 - التزام به قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران
- 4 - داشتن کارت پایان خدمت وظیفه عمومی یا معافیت دائم از خدمت (ویژه برادران)  
( معافیت پزشکی در صورتی پذیرفته خواهد شد که بر اساس اعلام شورای پزشکی دانشگاه و تأیید حوزه معاونت بهداشت با وظایف محوله منافات نداشته باشد).
- 5 - عدم اعتیاد به دخانیات و مواد مخدر و روانگردان
- 6 - عدم سابقه محکومیت جزائی مؤثر
- 7 - داشتن سلامت جسمانی و روانی، اجتماعی و توانایی برای انجام کار (به تأیید پزشک معتمد شهرستان)
- 8 - نداشتن سابقه اخراج از واحد های دانشگاه علوم پزشکی

9 - داوطلبان نباید مستخدم رسمی، ثابت و پیمانی و یا بازخرید خدمت سایر دستگاه های دولتی باشند.

10 - نداشتن منع استخدام در دستگاه های دولتی به موجب آرای مراجع قانونی

11 - دارا بودن حداقل 20 و حداکثر 35 سال سن

تبصره : موارد ذیل به شرط ارائه تائیدیه های معتبر به حداکثر سن مقرر اضافه می گردد.

الف) ایثارگران و خانواده آنها با توجه به آیین نامه و قوانین موجود

ب) داوطلبانی که طرح خدمت نیروی انسانی موظف را به استناد قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان انجام داده اند به میزان انجام خدمت فوق

ج) مدت انجام خدمت دوره ضرورت آقایان

### **ج- شرایط اختصاصی داوطلبان:**

1 - دارا بودن مدرک تحصیلی لیسانس پرستاری (به مدارک پایین تر و سایر رشته های تحصیلی ترتیب اثر داده نخواهد شد )

2 - شرکت داوطلبانی که در حال گذراندن طرح نیروی انسانی می باشند در آزمون ممنوع است.

3- داوطلبان دارای شرایط اختصاصی ذیل نسبت به سایر شرکت کنندگان امتیاز ویژه خواهند داشت :

الف- سابقه سکونت اخیر در شهرستان به گواهی مرکز سلامت مربوطه (بازای هر سال 2 امتیاز) 20 امتیاز

ب - گذراندن طرح نیروی انسانی یا سابقه خدمت در حوزه بهداشت (برای هر سال 2 امتیاز) 4 امتیاز

ج - داشتن تشویق از واحدهای دانشگاهی بعلت کار شاخص بهداشتی درمانی 1 امتیاز

### **د - نحوه سنجش میزان آمادگی داوطلبان:**

به منظور سنجش توانمندی های عمومی و تخصصی آزمونهایی به شرح ذیل از داوطلبان به عمل خواهد آمد.

الف - برگزاری سنجش کتبی توانمندی داوطلبان ( این سنجش 50 نمره خواهد داشت )

( منابع آزمون رشته پرستاری: کتاب کمک های اولیه ( نویسنده : زهرا استادی - طاهره توفیقیان )

تبصره : در صورتی که تعداد داوطلبین هر رشته از تعداد نیروی انسانی مورد نیاز کم باشد نیاز به آزمون کتبی نبوده و متقاضیان وارد مرحله بررسی مهارتهای عملی خواهند شد .

ب - ورقه داوطلبان پس از خاتمه جلسه ارزیابی جمع آوری و توسط کمیته پذیرش شهرستان اصلاح و تعیین نمره خواهد شد .

ج - نمرات کتبی مآخذوه داوطلبان با نمرات شرایط اختصاصی آنان جمع و نتیجه آن به داوطلبان اعلام خواهد شد .

د - پس از اعمال اعلام نتیجه به داوطلبان و رسیدگی به شکایات احتمالی، سه برابر نفرات مورد نیاز به ترتیب نمره فضلی جهت بررسی مهارت های عملی داوطلبان در رابطه با وظایف تخصصی، به کمیته پذیرش نیروی انسانی از محل برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی استان معرفی خواهند شد .

ه - بررسی مهارتهای عملی توسط کمیته پذیرش استان در معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی انجام خواهد گرفت . این آزمون 25 نمره دارد .

و - نتایج نمرات بررسی مهارتهای عملی، نمرات کتبی و شرایط اختصاصی جمع گردیده و نمرات فضلی داوطلبان به ترتیب اولویت مشخص و صورتجلسه مربوطه برای طی سایر مراحل قانونی ( معرفی برگزیدگان به معاونت توسعه ، گزینش و ... ) تحویل کارگزین شهرستان خواهد شد.

ز - ایثارگران و خانواده آنها با توجه به آیین نامه و قوانین موجود در اولویت پذیرش خواهند بود .

ح - در صورتی که در هریک از مراحل پذیرش خلاف اظهارات داوطلب ثابت گردد قبولی داوطلب حتی پس از صدور حکم قرارداد سالانه باطل خواهد شد

### **مدارک مورد نیاز:**

- تقاضای کتبی و درخواست ثبت نام
- رضایت نامه سرپرست مبنی بر موافقت برای خدمت مطابق دستورعمل های وزارت بهداشت ( برای واجدین شرایط مؤنث)
- اصل و تصویر مدرک تحصیلی
- اصل و تصویر تمام صفحات شناسنامه
- اصل و تصویر کارت ملی
- 2 قطعه عکس 4×3 که مشخصات داوطلب در پشت آن نوشته شده باشد.
- تائیدیه سکونت داوطلب در محل از طرف مرکز سلامت ( ارائه این مدرک اختیاری است)
- گواهی پایان خدمت دوره ضرورت یا معافیت قانونی برای مردان
- تائیدیه سلامت جسمی و روانی توسط پزشک مرکز بهداشتی و درمانی ( بعد از قبولی )
- گواهی عدم سوء پیشینه ( بعد از قبولی )
- گواهی عدم اعتیاد ( بعد از قبولی )
- گواهی ایثارگری ( اختیاری )

- شبکه بهداشت و درمان شهرستان پس از بررسی مدارک متقاضیان و تایید صحت آن برای داوطلبان کارت شرکت در جلسه آزمون صادر خواهد نمود .

## **نحوه ارسال مدارک**

مدارک کامل در پاکت A4 قرار داده واز مورخه 1404/07/05 لغایت پایان وقت اداری 1404/07/10 به مسئول واحد گسترش تحویل داده و رسید خواهد شد.

**زمان برگزاری آزمون:** زمان برگزاری آزمون 1404/07/20 در صورت تغییر در زمان آزمون متعاقباً اعلام خواهد شد.

**محل برگزاری آزمون:** شهرستان کلیبر-سالن اجتماعات شبکه بهداشت و درمان شهرستان کلیبر

**منابع آزمون پرستاری:** کتاب کمک های اولیه ( نویسنده : زهرا استادی - طاهره توفیقیان )

**منابع آزمون آزمایشگاه :** شامل کلیه دروس علمی و عملی مرتبط با رشته تحصیلی علوم آزمایشگاهی مطابق با سرفصل های تعیین شده و منابع علمی تدریس شده در دوره آموزشی کارشناس آزمایشگاه در دانشگاه /دانشکده های علوم پزشکی و دانشگاه آزاد اسلامی سراسر کشور می باشد که شامل دروس : انگل شناسی پزشکی - قارچ شناسی پزشکی - میکروب شناسی پزشکی - ویروس شناسی پزشکی - خون شناسی پزشکی - بیوشیمی بالینی - ایمنی شناسی و سرولوژی

**منابع آزمون بهداشت محیط :** سایت شبکه بهداشت و درمان شهرستان کلیبر

1- سایت دانشگاه علوم پزشکی تبریز به آدرس: [www.tbzmed.ac.ir](http://www.tbzmed.ac.ir)

2- سایت معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به آدرس: [www.eazphcp.tbzmed.ac.ir](http://www.eazphcp.tbzmed.ac.ir)

3- سایت شبکه بهداشت و درمان کلیبر به آدرس: [www.kaleybarhc.tbzmed.ac.ir](http://www.kaleybarhc.tbzmed.ac.ir)

**( در صورت نیاز می توانید با واحد توسعه و گسترش شبکه بهداشت و درمان کلیبر به شماره تلفن 44446541- )**

**44443278 تماس حاصل نمائید. )**

**فرم شماره 1**

تقاضای ثبت نام برای اشتغال در رشته ..... محل .....

محل الصاق  
عکس

الف ( مشخصات شخصی - شناسنامه ای

نام : نام خانوادگی : شماره شناسایی ملی : نام پدر :

جنسیت : دین :

مذهب :

شماره شناسنامه : محل صدور شناسنامه :

تاریخ تولد : (روز و ماه و سال) محل تولد :

ب ( مشخصات تحصیلی:

مدرك تحصیلی: رشته تحصیلی:

محل تحصیل : معدل کل فارغ التحصیلی :

ج ( وضعیت خدمت وظیفه عمومی

☐ انجام داده ☐ معافیت دائم ☐ پزشکی ☐ تکفل علت معافیت:.....

د) متقاضی استفاده از سهمیه ایثارگران

بلی ☐ خیر ☐

نوع ایثارگری :

فرزند شهید یا جانباز بالای 25٪ از کار افتاده کلی ☐ جانباز، آزاده و رزمنده ☐**آخرین نشانی کامل محل سکونت داوطلب:****شماره تلفن همراه:****شماره تلفن ثابت:****اینجانب ..... کلیه شرایط و مفاد این آگهی را مطالعه نموده و صحت کلیه موارد بالا را تأیید می****نمایم. و در صورتی که در هریک از مراحل پذیرش خلاف اظهارات من ثابت گردد قبولی اینجانب حتی پس از****صدور حکم قرارداد باطل خواهد شد .****نام نام خانوادگی****تاریخ و محل امضاء**

فرم شماره 2  
احراز سکونت

تاییدیه مرکز سلامت :

به این وسیله ، بومی بودن و سکونت آقای / خانم .....فرزند

.....با کد ملی ..... و شماره خانوار .....

از تاریخ .....لغایت .....مورد تایید می باشد .

مهر و امضای رئیس مرکز سلامت

: