

اطلاعیه

آگهی پذیرش نیروی قراردادی از محل برنامه پزشکی خانواده روستایی

شبکه بهداشت و درمان شهرستان کلیبر به استناد دستورالعمل بیمه روستایی، جهت ارائه خدمات سلامت در خانه های بهداشت ذیل (روستاهای اصلی ، قمر و سیاری)، از محل برنامه پزشکی خانواده روستایی داوطلب می پذیرد:

ردیف	نام خانه بهداشت	مدرک تحصیلی
1	آقامیرلو - خالان (صرفا زن)	کاردان / کارشناس بهداشت عمومی - مامایی - پرستاری

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 آقایان)
(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 باز خرید 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 داده‌اند به میزان انجام خدمت فوق و یا خدمت به صورت قرارداد شرکتی در واحدهای تابعه علوم پزشکی

ج) مدت انجام خدمت دوره ضرورت آقایان

ج- شرایط اختصاصی داوطلبان:

- 1- دارا بودن مدرک تحصیلی کاردان / کارشناس مامائی - بهداشت عمومی - پرستاری - بهداشت محیط (به مدارک سایر رشته های تحصیلی ترتیب اثر داده نخواهد شد)
- 2- شرکت داوطلبانی که در حال گذراندن طرح نیروی انسانی می باشند در آزمون با رعایت مقررات اداری بلامانع 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 امتیاز خواهد داشت)
- (منابع آزمون : کتابها و دستورالعمل های بهورزی قابل دسترسی در سایت معاونت بهداشت علوم پزشکی تبریز)
- تبصره : در صورتی که تعداد داوطلبین از تعداد نیروی انسانی مورد نیاز کم باشد نیاز به آزمون کتبی نبوده و متقاضیان وارد مرحله مصاحبه تخصصی خواهند شد .
- ب - برگ آزمون کتبی داوطلبان پس از خاتمه جلسه ارزیابی جمع آوری و توسط کمیته پذیرش اصلاح و تعیین نمره خواهد شد .
- ج - نمرات کتبی مآخذ 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 ، دو برابر نفرات مورد نیاز به ترتیب نمره فضلی جهت انجام مصاحبه تخصصی داوطلبان در رابطه با وظایف تخصصی، به کمیته پذیرش نیروی انسانی از محل برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی شهرستان معرفی خواهند شد .
- ه - مصاحبه تخصصی توسط کمیته پذیرش انجام خواهد گرفت و دارای 25 امتیاز می باشد .

و- نتایج نمرات مصاحبه تخصصی، 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 هسته 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 3×4 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 آقایان
- 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 .

تذکر بسیار مهم: قراردادهای بیمه روستایی همانند سایر اعضا تیم سلامت به صورت سالانه می باشد .

به همین منظور لازم است داوطلبین پذیرفته شده قبل از شروع به کار نسبت به اخذ تعهد نامه محضری

اقدام و به شبکه بهداشت و درمان تحویل نمایند

نحوه ارسال مدارک

مدارک کامل در پاکت a4 قرار داده و از مورخه 1404/05/14 لغایت تا پایان وقت اداری 1404/05/22 به واحد

گسترش تحویل داده و رسید خواهد شد.

زمان برگزاری آزمون : متعاقبا" اعلام خواهد شد

محل برگزاری آزمون: متعاقبا" اعلام خواهد شد .

جهت اطلاع از متن کامل آگهی به سایت های ذیل می توانید مراجعه نمایید:

- 1- سایت دانشگاه علوم پزشکی تبریز به آدرس: www.tbzmed.ac.ir
- 2- سایت معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به آدرس: www.eazphcp.tbzmed.ac.ir
- 3- سایت شبکه بهداشت و درمان کلبر به آدرس: kaleybarhc.tbzmed.ac.ir
- 4- (در صورت نیاز می توانید با واحد توسعه و گسترش شبکه بهداشت و درمان کلبر به شماره تلفن 44446541 تماس حاصل نمایید.)

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:

شماره شناسنامه :

تاریخ تولد : (روز و ماه و سال)

محل تولد :

ب (مشخصات تحصیلی:

مدرک 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 مرکز خدمات جامع سلامت

مهر و امضای رئیس مرکز بهداشت شهرستان

: