

## اطلاعیه

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

شبکه بهداشت و درمان شهرستان کلیدر به استناد دستورالعمل بیمه روستایی، جهت آرایه 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
۱	زرپیل و کلانتر ۱ نفر- دلاوران ۱ نفر- قلعه کندی ۱ نفر- آقامیلو و خالان ۱ نفر- بشاب ۱ نفر- کلالق و برزندیق ۱ نفر ( صرفا زن )	کاردان / کارشناس بهداشت عمومی - مامایی - پرستاری

### شرایط ثبت نام

#### شرایط عمومی داوطلبان :

- ۱ - اعتقاد به دین مبین اسلام یا یکی از ادیان شناخته شده در قانون اساسی کشور
  - ۲ - داشتن تابعیت نظام جمهوری اسلامی ایران
  - ۳ - التزام به قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران
  - ۴ - داشتن کارت پایان خدمت و 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.)
  - ۵ - عدم اعتیاد به دخانیات و مواد مخدر و روانگردان
  - ۶ - عدم سابقه محکومیت جزائی مؤثر
  - ۷ - داشتن سلامت جسمانی و روانی، اجتماعی و توانایی برای انجام کار (به تأیید پزشک معتمد شهرستان)
  - ۸ - نداشتن سابقه اخراج از واحد های دانشگاه علوم پزشکی
  - ۹ - داوطلبان نباید مستخدم رسمی، ثابت و پیمانی و یا باز خرید خدمت سایر دستگاه های دولتی باشند.
  - ۱۰ - نداشتن منع استخدام در دستگاه های دولتی به موجب آرای مراجع قانونی
  - ۱۱ - دارا بودن حداقل ۲۰ و حداکثر ۳۵ 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:

۱- دارا بودن مدرک تحصیلی کاردان / کارشناس مامائی - بهداشت عمومی - پرستاری - (به مدارک سایر رشته های تحصیلی ترتیب اثر داده نخواهد شد)

۲- شرکت داوطلبانی که در حال گذراندن طرح نیروی انسانی می باشند در آزمون با رعایت مقررات اداری بلامانع است.

۳- 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 ۲ امتیاز) ۲۰ امتیاز

ب - گذراندن طرح نیروی انسانی یا سابقه خدمت در حوزه بهداشت (برای هر سال ۲ امتیاز) ۴ امتیاز

ج - داشتن تشویق از واحدهای دانشگاهی بعلت کار شاخص بهداشتی درمانی ۱ 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 ۵۰ 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 ۲۵ 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 کارگزين شهرستان خواهد شد.

ز - ايتارگران و خانواده آنها با توجه به آيين نامه و قوانين موجود در اولويت پذيرش 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 سر پرست 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
- ۲ قطعه عکس ۳×۴ 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 ايتارگری ( 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 ۱۴۰۳/۱۲/۱۸ لغایت تا پایان وقت اداری ۱۴۰۳/۱۲/۲۲ به واحد

گسترش تحویل داده و رسید خواهد شد.

**زمان برگزاری آزمون: ۱۴۰۳/۱۲/۲۵ لغایت ۱۴۰۳/۱۲/۲۸**

**محل برگزاری آزمون: .....**

**نکته: زمان و مکان دقیق آزمون متعاقبا اعلام خواهد شد**

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

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

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

۳- سایت شبکه بهداشت و درمان کلیبر.. به آدرس: <https://kaleybarhc.tbzmed.ac.ir>

۴- ( در صورت نیاز می توانید با واحد توسعه و گسترش شبکه بهداشت و درمان کلیبر به شماره تلفن ۴۴۴۶۵۴۱- )

۴۴۴۳۲۷۸ تماس حاصل نمایند. )

**فرم شماره ۱**

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 : محل صدور 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 و 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 ۲۵٪ 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 خانوادگی

تاریخ و محل امضاء

**فرم شماره ۲**

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 رییس مرکز بهداشت شهرستان

مهر و امضای مرکز خدمات جامع سلامت

: