



شبکه بهداشت و درمان شهرستان **خداآفرین** به استناد دستورعمل نسخه 21 بیمه روستایی جهت اشتغال در مراکز سلامت روستایی ذیل از محل برنامه پزشک خانواده روستایی داوطلب می پذیرد.

مدارک تحصیلی	عنوان شغلی	نام مرکز
لیسانس مامایی	کارشناس مامایی	بسطاملو
لیسانس مامایی	کارشناس مامایی	جانانلو

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 مامایی (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 مامایی: منابع در نامه شماره 5/د/294285 مورخه 1401/06/07 ارسال شده است.)

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 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، 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 پزشکی 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 کارگزارین 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 هر یک 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 مدارک تحصیلی

اصل و تصویر تمام صفحات شناسنامه

اصل و تصویر کارت ملی

2 قطعه عکس 3&4lacute که مشخصات داوطلب در پشت آن نوشته شده باشد.

تأییدیه سکونت داوطلب در محل از طرف مرکز سلامت (ارائه این مدرک اختیاری است)

گواهی پایان خدمت دوره ضرورت یا معافیت قانونی برای مردان

تأییدیه 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 1401/08/23 لغایت پایان وقت اداری 1401/08/30 به مسئول واحد گسترش تحویل داده و رسید خواهد شد

زمان برگزاری آزمون: 1401/09/05

محل برگزاری آزمون: شهرستان خداآفرین-شهر خمارلو – سالن اجتماعات شبکه بهداشت و درمان شهرستان خداآفرین- ساعت 10 صبح

منابع آزمون:

نوزادان و کودکان

کتاب قدم نورسیده مبارک (مبحث توانمندسازی والدین) – بوکلت کودک سالم (مبحث رتینوپاتی، توصیه های برای مراقبت از کودک، پیامد مشکلات تک فرزندی)

– آخرین دستورالعمل برنامه کووید 19 و واکسناسیون

شیر مادر:

راهنمای تغذیه با شیر مادر برای پزشکان " ویرایش دوم " (مباحث شیرمادر)- بوکلت شیر مادر سالم (مبحث شیر مادر) – کلیه دستورالعمل های مربوط به شیر مادر و

کووید 19 در شیردهی

میانسالان:

بوکلت چارت میانسالان ویژه ماما – آخرین دستورالعمل های برنامه، کووید و اکسیناسیون

باروری سالم:

جزوه سلامت باروری (بحران سالمندی، مشاوره فرزند آوری، سقط) – کتاب سلامت باروری و تحکیم روابط همسران-دستورالعمل سیاست های جمعیتی ابلاغی مقام

معظم رهبری

سالندان:

کتاب راهنمای مراقبت سالندان ویژه پزشک و غیرپزشک – کتابچه شیوه زندگی سالم در سالمندی- آخرین دستورالعمل های برنامه کووید 19 و واکسیناسیون

مادران:

بوکلت مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران-کتاب آمادگی برای زایمان-کتاب نظام مراقبت مرگ مادری-آخرین دستورالعمل های برنامه و دستورالعمل کووید 19 در بارداری

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

سایت دانشگاه علوم پزشکی تبریز به آدرس: www.tbzmed.ac.ir

سایت معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به آدرس: www.eazphcp.tbzmed.ac.ir

(در صورت نیاز می توانید با واحد توسعه و گسترش شبکه بهداشت و درمان خداآفرین به شماره تلفن 44663049 تماس حاصل نمائید.)

توضیح اینکه کلیه منابع آزمون در سایت معاونت بهداشت دانشگاه بارگذاری شده است

رہ 1

ثبت نام برای اشتغال در رشته محل

ساق عکس

شخصیات شخصی- شناسنامه ای

خانوادگی : شماره شناسایی ملی : نام پدر :

: دین: مذهب:

شناسنامه : محل صدور شناسنامه :

پلاک : (روز و ماه و سال) محل تولد :

معلومات تحصیلی:

تحصیلی: رشته تحصیلی:

تحصیل : معدل کل فارغ التحصیلی :

معلومات خدمت و وظیفه عمومی

داده 0 معافیت دائم 0 پزشکی 0 تکفل علت معافیت:.....

رضی استفاده از سهمیه ایثارگران

0 بپر

رگري :

هید یا جانباز بالای 25% از کار افتاده کلی 0 جانباز، آزاده و رزمنده 0

شانی کامل محل سکونت داوطلب:

تلفن همراه: شماره تلفن ثابت:

کلیه شرایط و مفاد این آگهی را مطالعه نموده و صحت کلیه موارد بالا را تأیید می نمایم. و
نی که در هریک از مراحل پذیرش خلاف اظهارات من ثابت گردد قبولی اینجانب حتی پس از صدور حکم قرارداد باطل
شد .

خانوادگی

محل امضاء

مرکز سلامت :

وسیله ، بومی بودن و سکونت آقای / خانم فرزند

..... با کد ملی و شماره خانوار

..... لغایتمورد تایید می باشد .

ضای رییس مرکز سلامت