

اطلاعیه

آگهی پذیرش نیروی قراردادی از محل برنامه پزشکی خانواده روستایی

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

بنا به گزارش روابط عمومی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، شبکه بهداشت و درمان شهرستان **ورزقان** به استناد دستورالعمل نسخه 24 بیمه روستایی جهت اشتغال در مراکز سلامت روستایی ذیل از محل برنامه پزشک خانواده روستایی داوطلب می پذیرد.

ردیف

1

نام مرکز

جوشین

مدرک
تحصیلی
کارشناسی
مامائی

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 تأییدیه 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 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 کارشناسی علوم آزمایشگاهی (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)

آزمون از منابع مرتبط به رشته علوم آزمایشگاهی می باشد.

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 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 ، 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&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 آقایان
- 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 و از مورخه 29/02/1404 لغایت تا پایان وقت 08/03/1404 به واحد گسترش تحویل داده و رسید خواهد شد.

زمان برگزاری آزمون: روز دو شنبه مورخ 1404/03/12 ساعت 10 صبح

محل برگزاری آزمون: سالن کنفرانس ستاد شبکه بهداشت و درمان ورزقان

منابع آزمون:

منابع
آزمون
جهت
مصاحبه
همکاران
نماینده
بوکل
مادران-
راهنمای
اجرایی
برنامه
جامع
مهارت،
پایش،
پیشگیر
ی و
کاهش
سقوط
خودبه
خودی

گروه مربوطه

سلامت مادران

جنین

محتوای

مشاوره

فرزند

آوری -

گزیده

قانون

حمایت

تعالی خانواده و جوانی

جمعیت خانواده

و جوانی

جمعیت

-

محتوای

پیشگیر

ی از

ناباروری

بوکلت

برنامه

سلامت

میانسال

ن برنامه سلامت میانسالان

آخرین

دستورال

عمل

های

برنامه

بوکلت

چارت

کودک

سال

چکیده

قدم

نورسیده

مبارک،

دستورال

برنامه سلامت نوزادان و عملهای

کودکان رتینو

پاتی و

کلاه

نوزادی -

راهنمای

تغذیه با

شیر

مادر

برای

پزشکان

برنامه سلامت سالمندان

بوکلت

برنامه

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

سایت شبکه بهداشت و درمان ورزقان به آدرس: www.varzghanphc.tbzmed.ac.ir

(در صورت نیاز می توانید با واحد توسعه و گسترش شبکه بهداشت و درمان ورزقان به شماره تلفن 44550241 تماس حاصل نمائید.)

رله 1

ثبت نام برای اشتغال در رشته محل

صاق عکس

شخصیات شخصی- شناسنامه ای

خانوادگی : شماره شناسایی ملی : نام پدر :

: دین: مذهب:

شناسنامه : محل صدور شناسنامه :

ولد : (روز و ماه و سال) محل تولد :

تخصصات تحصیلی:

تحصیلی: رشته تحصیلی:

تحصیل : معدل کل فارغ التحصیلی :

عیت خدمت وظیفه عمومی

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

ضی استفاده از سهمیه ایثارگران

بیر 0

رگری :

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

ره 2
کونت

مرکز سلامت :

وسیله ، بومی بودن و سکونت آقای / خانم فرزند با کد ملی
..... و شماره خانوار از تاریخ لغایت
.....مورد تایید می باشد .

مضای مرکز خدمات جامع سلامت مهر و امضای رییس مرکز بهداشت شهرستان