

اطلاعیه

آگهی پذیرش نیروی قراردادی از محل برنامه پزشک خانواده روستایی

شبکه بهداشت و درمان شهرستان کلیر به استناد بند 2 و 8 ماده 5 دستورالعمل نسخه 24 بیمه روستایی جهت اشتغال در مرکز خدمات جامع سلامت روستایی مولان و نجف تراکمه از محل برنامه پزشک خانواده روستایی داوطلب می پذیرد.

ردیف	نام مرکز	عنوان شغلی	جنسیت	مدرک تحصیلی
1	مرکز خدمات جامع سلامت روستایی مولان-یک نفر	ماما	زن	کارشناس مامایی
2	مراکز خدمات جامع سلامت روستایی نجف تراکمه -یک نفر	ماما	زن	کارشناس مامایی

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 بازخريد خدمت ساير دستگاه هاى دولتى باشند.

10 - نداشتن منع استخدام در دستگاه هاى دولتى به موجب آراى مراجع قانونى

11 - دارا بودن حداقل 20 و حداكثر 35 سال سن

تبصره : موارد ذيل به شرط ارائه تائيديه هاى معتبر به حداكثر سن مقرر اضافه مى گردد.

الف) ايشارگران و خانواده آنها با توجه به آيين نامه و قوانين موجود

ب) داوطلبانى كه طرح خدمت نيروى انساني موظف را به استناد قانون خدمت پزشكان و پيراپزشكان انجام داده اند به ميزان انجام خدمت فوق

ج) مدت انجام خدمت دوره ضرورت آقاىان

ج- شرايط اختصاصى داوطلبان:

1- دارا بودن مدرک تحصیلی کارشناس مامایی (به مدارک پایینتر و ساير رشته هاى تحصيلى ترتيب اثر داده نخواهد شد)

* شركت داوطلبانى كه در حال گذراندن طرح نيروى انساني مى باشند در آزمون ممنوع است.

د - نحوه سنجش ميزان آمادگى داوطلبان:

به منظور سنجش توانمندى هاى عمومى و تخصصى آزمونهايى به شرح ذيل از داوطلبان به عمل خواهد آمد.

الف - برگزاري سنجش كتبى توانمندى داوطلبان (اين سنجش 50 نمره خواهد داشت)

تبصره : در صورتى كه تعداد داوطلبين هر رشته از تعداد نيروى انساني مورد نياز كم باشد نياز به آزمون كتبى نبوده و متقاضيان وارد مرحله بررسى مهارتهاى عملى خواهند شد .

ب - ورقه داوطلبان پس از خاتمه جلسه ارزيابى جمع آورى و توسط كميته پذيرش شهرستان اصلاح و تعيين نمره خواهد شد .

پ- منابع آزمون مامايى به شرح ذيل مى باشد :

1	سلامت مادران	بوکلت مادران-راهنمای اجرایی برنامه جامع مهار، پایش، پیشگیری و کاهش سقط خودبه خودی جنین
2	تعالی خانواده و جوانی جمعیت	محتوای مشاوره فرزند آوری-گزیده قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت- محتوای پیشگیری از ناباروری
3	برنامه سلامت میانسالان	بوکلت برنامه سلامت میانسالان و آخرین دستورالعمل های برنامه
4	برنامه سلامت نوزادان و کودکان	بوکلت چارت کودک سالم، چکیده قدم نورسیده مبارک، دستورالعملهای رتینو پاتی و کلاه نوزادی -راهنمای تغذیه با شیر مادر برای پزشکان
5	برنامه سلامت سالمندان	بوکلت برنامه سلامت م سالمندان و کتابهای 4 جلدی شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی ارسالی سال 1401

ج - در مرحله اول مصاحبه داوطلبان بر اساس شرایط ذیل امتیاز دهی خواهند شد :

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

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

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

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

ه - پس از 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 باوظایف تخصصی، به کمیته پذیرش نیروی انسانی از محل برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی معرفی خواهند شد .

و - بررسی مهارتهای عملی توسط کمیته پذیرش شهرستان در محل ستاد شبکه شهرستان یا معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی انجام خواهد گرفت . این آزمون 25 نمره دارد .

ز - نتایج نمرات بررسی مهارتهای عملی، نمرات کتبی و مرحله اول مصاحبه 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.

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

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 زن)
- 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.
- 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 و زمان آزمون :

- داوطلبین می بایست مدارک مورد نیاز را در مهلت تعیین شده (از تاریخ 1403/11/13 لغایت تا پایان وقت اداری مورخه 1403/11/18 به واحد گسترش شبکه بهداشت و درمان شهرستان کلپیر تحویل و رسید دریافت نمایند .
- به مدارکی که پس از تاریخ انقضای مهلت مقرر ارائه گردد ترتیب اثر داده نخواهد شد.
- زمان آزمون ساعت 10 صبح روز یکشنبه مورخه 1403/11/28 در محل ستاد شبکه بهداشت و درمان شهرستان کلپیر خواهد بود .
- تاریخ مصاحبه کمیته شهرستان و آزمون عملی متعاقباً اعلام خواهد شد
- لازم به توضیح است جهت دریافت اطلاعات بیشتر در خصوص منابع آزمون و فرمهای ثبت نام و ... به سایت معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تبریز به آدرس <http://eazphcp.tbzmed.ac.ir> مراجعه فرمایید.

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 :

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 و مدارک ارائه شده را تأیید می نمایم. در صورت مغایرت و مشخص شدن عدم صحت شرایط و مدارک ارائه شده توسط اینجانب، شبکه بهداشت و درمان در هر مرحله از آزمون یا حتی بعد از استخدام مخیر به کن لم یکن نمودن درخواست اینجانب بوده و حق هیچ گونه اعتراضی را نخواهم داشت.

نام نام خانوادگی

تاریخ و محل امضاء

فرم شماره 2

احراز سکونت

تاییدیه مرکز سلامت :

بدینوسیله، بومی بودن و سکونت آقای / خانم فرزند با کد ملی

و شماره خانوار در مرکز خدمات جامع سلامت

از تاریخ لغایت مورد تایید می باشد .

مهر و امضای رئیس مرکز سلامت

: