

اطلاعیه

آگهی پذیرش نیروی قراردادی از محل برنامه پزشکی خانواده روستایی

شبکه بهداشت و درمان شهرستان کلیر 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	زربیل و کلانتر ۱ نفر- دلاوران ۱ نفر- قلعه کندی ۱ نفر- آقامیرلو 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 - بهداشت محیط (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 بعثت 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 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
- 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 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 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

۲- سایت معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به آدرس: 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 ۴۴۴۴۶۵۴۱-)

۴۴۴۴۳۲۷۸ تماس حاصل نمایید.)

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 :

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 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 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 مرکز خدمات جامع سلامت

مهر و امضای رئیس مرکز بهداشت شهرستان

: