

اطلاعیه

آگهی پذیرش نیروی قراردادی از محل برنامه پزشکی خانواده روستایی

شبکه بهداشت و درمان شهرستان خداآفرین به استناد دستورالعمل بیمه روستایی، جهت ارائه 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 | محمودآباد (1) ، اسکانلوی سفلی (1) فزلی یول و صفرلو (1) ، دریلو و تاتار سفلی (1) کلانه علیا (1 نفر) صرفاً (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 وظيفه 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 ماخذوه 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
- رض ایت نامه س ر پرس ت مبنی بر موافقت برای خدمت مطابق دس تورعمل های وزارت بهداشت ت) برای واجدین ش راپط مؤنث)
- اصل و تصویر مدرک تحصیلی
- اصل و تصویر تمام صفحات شناسنامه
- اصل و تصویر کارت ملی
- ۲ قطعه عکس ۴×۳ 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 4a قرار داده و از مورخه 1403/12/18 لغایت تا پایان وقت اداری 1403/12/22 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 نمائید:

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

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

۳- www.eazphcp.tbzmed.ac.ir سایت شبکه بهداشت و درمان کلپیر.. به آدرس:

<https://kaleybarhc.tbzmed.ac.ir>

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

۴۴۴۳۲۷۸ تماس حاصل نمائید.) .

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 : 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 ووظیفه 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 رئیس مرکز بهداشت شهرستان

مهر و امضای مرکز خدمات جامع سلامت

: