

آگهی پذیرش نیروی قراردادی از محل برنامه پزشک خانواده روستایی

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

| ردیف | نام مرکز                                 | عنوان شغلی | مدرک تحصیلی    |
|------|------------------------------------------|------------|----------------|
| 1    | مرکز خدمات جامع روستایی خشکناپ           | ماما       | کارشناس مامائی |
| 3    | مرکز خدمات جامع روستایی بیلوردی          | ماما       | کارشناس مامائی |
| 2    | مرکز خدمات جامع شهری و روستایی<br>هریس 2 | ماما       | کارشناس 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- عدم اعتیاد به دخانیات و مواد مخدر و روانگردان
- 5- عدم سابقه محکومیت جزائی مؤثر
- 6- داشتن سلامت جسمانی و روانی، اجتماعی و توانایی برای انجام کار (به تائید پزشک معتمد شهرستان)
- 7- نداشتن سابقه اخراج از واحد های دانشگاه علوم پزشکی
- 8- داوطلبان نباید مستخدم رسمی، ثابت و پیمانی و یا بازخرید خدمت سایر دستگاه های دولتی باشند.
- 9- نداشتن منع استخدام در دستگاه های دولتی به موجب آرای مراجع قانونی
- 10- دارا بودن حداقل 21 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- شرایط اختصاصی داوطلبان:

- 1- دارا بودن مدرک تحصیلی کارشناس مامائی (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 ممنوع می باشد.
- 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 )

( 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 نمرات 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 کارگزين 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 سر پرست مبنی بر موافقت برای خدمت مطابق دستورعمل های وزارت بهداشت
- 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)
- 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 .

### **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 1404/02/08 لغایت تا پایان وقت**

**اداری 1404/02/13 به واحد گسترش تحویل داده و رسید دریافت خواهد شد.**

**زمان برگزاری آزمون : متعاقباً اعلام خواهد شد**

**محل برگزاری آزمون : متعاقباً اعلام خواهد شد**

**منابع آزمون: کتاب میانسال ، بوکلت مادران ، کتاب شیر مادر ، کتاب سلامت باروری**

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

1- سایت معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به آدرس: [www.eazphcp.tbzmed.ac.ir](http://www.eazphcp.tbzmed.ac.ir)

2- سایت شبکه بهداشت و درمان ..... به آدرس: <https://heris.tbzmed.ac.ir/>

3- ( در صورت نیاز می توانید با واحد توسعه و گسترش شبکه بهداشت و درمان هریس به شماره تلفن

**041- 43434425 تماس حاصل نمایید. )**

**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 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 2**

**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 رییس مرکز بهداشت شهرستان

مهر و امضای مرکز خدمات جامع سلامت

: