

اطلاعیه

آگهی پذیرش نیروی قراردادی از محل برنامه پزشک خانواده روستایی

شبکه بهداشت و درمان شهرستان شبستر به استناد مجوز شماره ۲۱۴۳۹۹ مورخه ۱۴۰۴/۵/۱۱ بهداشت استان و بند ۲ ماده ۵ دستورالعمل نسخه ۲۴ بیمه روستایی جهت اشتغال در مراکز خدمات جامع سلامت زیر از محل برنامه پزشک خانواده روستایی داوطلب می پذیرد.

ردیف	نام مرکز	عنوان شغلی	جنسیت	مدرک تحصیلی
۱	مرکز خدمات جامع سلامت شهری و روستائی شندآباد	ماما	زن	کارشناس مامایی
۲	مراکز خدمات جامع سلامت روستایی سرکندیج و بنیس	ماما	زن	کارشناس مامایی

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 - عدم اعتیاد به دخانیات و مواد مخدر و روانگردان
- ۵ - عدم سابقه محکومیت جزائی مؤثر
- ۶ - داشتن سلامت جسمانی و روانی، اجتماعی و توانایی برای انجام کار (به تأیید پزشک معتمد شهرستان)
- ۷ - نداشتن سابقه اخراج از واحد های دانشگاه علوم پزشکی
- ۸ - داوطلبان نباید مستخدم رسمی، ثابت و پیمانی و یا بازخرید خدمت سایر دستگاه های دولتی باشند.
- ۹ - نداشتن منع استخدام در دستگاه های دولتی به موجب آرای مراجع قانونی
- ۱۱ - حداکثر سن قابل پذیرش مطابق دستورالعمل بیمه روستایی ۳۵ سال در زمان ثبت نام می باشد.

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:

۱- دارا بودن مدرک تحصیلی کارشناس مامایی (به مدارک پایینتر و سایر رشته های تحصیلی ترتیب اثر داده نخواهد شد)

*** شرکت داوطلبانی که در حال گذراندن طرح نیروی انسانی می باشند در آزمون ممنوع است.**

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 نمره خواهد داشت)

تبصره : در صورتی که تعداد داوطلبین هر رشته از تعدادنیروی انسانی مورد نیاز کم باشد نیاز به آزمون کتبی نبوده و متقاضیان وارد مرحله بررسی مهارتهای عملی خواهند شد .

ب - ورقه داوطلبان پس از خاتمه جلسه ارزیابی جمع آوری و توسط کمیته پذیرش شهرستان اصلاح و تعیین نمره خواهد شد .

پ۲- منابع آزمون مامایی به شرح ذیل می باشد :

۱	سلامت مادران	بوکلت مادران-راهنمای اجرایی برنامه جامع مهار، پایش، پیشگیری و کاهش سقط خودبه خودی جنین
۲	تعالی خانواده و جوانی جمعیت	محتوای مشاوره فرزند آوری-گزیده قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت- محتوای پیشگیری از ناباروری
۳	برنامه سلامت میانسالان	بوکلت برنامه سلامت میانسالان و آخرین دستورالعمل های برنامه

۴	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
۵	برنامه سلامت سالمندان	بوکلت برنامه سلامت م سالمندان و کتابهای ۴ جلدی شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی ارسالی سال ۱۴۰۱

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

۱- سابقه سکونت اخیر در شهرستان به گواهی مرکز سلامت مربوطه (بازای هر سال ۲ امتیاز) ۲۰ امتیاز

۲ - گذراندن طرح نیروی انسانی یا سابقه خدمت در حوزه بهداشت (برای هر سال ۲ امتیاز) ۴ امتیاز

۳ - داشتن تشویق از واحدهای دانشگاهی بعلت کار شاخص بهداشتی درمانی ۱ 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 ۲۵ 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
- ۲ قطعه عکس ۴×۳ 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 (تا پایان وقت اداری روز چهارشنبه مورخه 1404/6/5) به واحد گسترش شبکه بهداشت و درمان شهرستان شبستر تحویل و رسید دریافت نمایند.
- به مدارکی که پس از تاریخ انقضای مهلت مقرر ارائه گردد ترتیب اثر داده نخواهد شد.
- زمان آزمون ساعت ۸ صبح روز یکشنبه مورخه 1404/6/9 در محل ستاد شبکه بهداشت و درمان شهرستان شبستر خواهد بود.
- تاریخ مصاحبه کمیته شهرستان و آزمون عملی متعاقبا" 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 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 : 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 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 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 ۲

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

: