اطلاعيه

آگهي پذيرش نیروی قراردادی از محل برنامه پزشکی خانواده روستایی

شبکه بهداشت و درمان شهرستان **بستان آباد** به استناد دستورالعمل بیمه روستایی، جهت ارایه خدمات سلامت در خانه های بهداشت ذیل ( روستاهای اصلی ، قمر و سیاری )، از محل برنامه پزشکی خانواده روستایی داوطلب مي پذيرد:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ردیف | نام خانه بهداشت | مدرک تحصیلی |
| 1 | **چرم خوران وروستاهای قمر و سیاری مربوطه ( مرد/زن )** | **داوطلب زن:کاردان /کارشناس (بهداشت عمومی - مامایی – پرستاری) داوطلب مرد: کاردان /کارشناس (بهداشت عمومی – پرستاری – بهداشت محیط)** |
| 2 | **قره چمن و روستاهای قمر و سیاری مربوطه ( مرد/زن )** |

**شرايط ثبت نام**

**شرایط عمومی داوطلبان :**

1 - اعتقاد به دين مبين اسلام يا يكي از اديان شناخته شده در قانون اساسي كشور

2 - داشتن تابعيت نظام جمهوري اسلامي ايران

3 - التزام به قانون اساسي جمهوري اسلامي ايران

4 - داشتن كارت پايان خدمت وظيفه عمومي يا معافيت دائم از خدمت (ويژه آقایان)

( معافیت پزشکی در صورتی پذيرفته خواهد شد که بر اساس اعلام شورای پزشكي دانشگاه و تأیید حوزۀ معاونت بهداشت با وظایف محوله منافات نداشته باشد.)

5 - عدم اعتياد به دخانيات و مواد مخدر و روانگردان

6 - عدم سابقه محكوميت جزائي مؤثر

7 - داشتن سلامت جسماني و رواني، اجتماعي و توانايي براي انجام كار (به تائید پزشک معتمد شهرستان)

8 - نداشتن سابقه اخراج از واحد هاي دانشگاه علوم پزشکی

9 - داوطلبان نبايد مستخدم رسمي، ثابت و پيماني و يا باز خريد خدمت ساير دستگاه هاي دولتي باشند.

10 - نداشتن منع استخدام در دستگاه های دولتی به موجب آرای مراجع قانونی

11 – دارا بودن حداقل 20 و حداکثر 35 سال سن

تبصره : موارد ذيل به شرط ارائه تائيديه هاي معتبر به حداكثر سن مقرر اضافه مي گردد.

الف) ایثارگران و خانواده آنها با توجه به آیین نامه و قوانین موجود

ب) داوطلباني كه طرح خدمت نيروي انساني موظف را به استناد قانون خدمت پزشكان و پيراپزشكان انجام داده‌اند به ميزان انجام خدمت فوق و یا خدمت به صورت قرارداد شرکتی در واحدهای تابعه علوم پزشکی

ج) مدت انجام خدمت دوره ضرورت آقايان

**ج- شرایط اختصاصی داوطلبان:**

1 – دارا بودن مدرک تحصیلی کاردان / کارشناس مامائی - بهداشت عمومی – پرستاری – بهداشت محیط (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 با رعایت مقررات اداری بلامانع است.

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 توانمندي هاي عمومي و تخصصي آزمونهايي به شرح ذيل 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 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 كميته پذيرش 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 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

**مدارك مورد نياز:**

* + تقاضاي كتبي و درخواست ثبت نام
  + رضايت نامه سر پرست مبنی بر موافقت برای خدمت مطابق دستورعمل های وزارت بهداشت ( برای واجدین شرایط مؤنث)
  + اصل و تصوير مدرك تحصيلي
  + اصل و تصوير تمام صفحات شناسنامه
  + اصل و تصوير كارت ملي
  + 2 قطعه عكس 4🞨3 كه مشخصات داوطلب در پشت آن نوشته شده باشد.
  + تائيديه سكونت داوطلب درمحل از طرف مرکز سلامت (ارائه این مدرک اختیاری است)
  + گواهي پايان خدمت دوره ضرورت يا معافيت قانونی برای آقایان
  + تائيديه سلامت جسمي و رواني توسط پزشک مرکز بهداشتی و درمانی( بعد از قبولی )
  + گواهي عدم سوء پيشينه ( بعد از قبولی )
  + گواهي عدم اعتياد ( 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 07/05/1404 لغایت تا پایان وقت اداری 22/05/1404 به واحد گسترش تحویل داده و رسید خواهد شد.

زمان برگزاری آزمون : (زمان دقیق آزمون متعاقبا اعلام خواهد شد)

محل برگزاری آزمون: مرکز بهداشت شهرستان (مکان دقیق آزمون متعاقبا اعلام خواهد شد)

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

1. سایت دانشگاه علوم پزشکی تبریز به آدرس: [www.tbzmed.ac.ir](http://www.tbzmed.ac.ir-)
2. سایت معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به آدرس: [www.eazphcp.tbzmed.ac.ir](http://www.eazphcp.tbzmed.ac.ir)
3. سایت شبکه بهداشت و درمان بستان آباد به آدرس: www.bostanabad.tbzmed.ac.ir
4. **( در صورت نیاز می توانید با واحد توسعه و گسترش شبکه بهداشت و درمان بستان آباد به شماره تلفن 04143338188 تماس حاصل نمائید. )**

|  |
| --- |
| فرم شماره 1  **تقاضای ثبت نام برای اشتغال در رشته .............................. محل .................................** |
| الف ) مشخصات شخصي- شناسنامه اي  محل الصاق عكس  نام : نام خانوادگي : شماره شناسايي ملي : نام پدر :  جنسيت : دين:  مذهب:  شماره شناسنامه : محل صدور شناسنامه :  تاريخ تولد : (روز و ماه و سال) محل تولد : |
| ب ) مشخصات تحصيلي:  مدرك تحصيلي: رشته تحصيلي:  محل تحصيل : معدل كل فارغ التحصيلي : |
| ج ) وضعيت خدمت وظيفه عمومي  🞏 انجام داده 🞏 معافيت دائم 🞏 پزشكي 🞏 تكفل علت معافيت:...................................... |
| د) متقاضي استفاده از سهميه ايثارگران  بلي 🞏 خير 🞏  نوع ايثارگري :  فرزند شهيد یا جانباز بالای 25% از کار افتاده کلی 🞏 جانباز، آزاده و رزمنده 🞏 |
| آخرين نشاني كامل محل سكونت داوطلب:    شماره تلفن همراه: شماره تلفن ثابت:  اينجانب .......................................كليه شرايط و مفاد اين آگهي را مطالعه نموده و صحت كليه موارد بالا را تائيد مي نمايم. 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 خانوادگي  تاريخ ومحل 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 مرکز خدمات جامع سلامت مهر و امضای رییس مرکز بهداشت شهرستان  : |