

## اطلاعیه

### آگهی پذیرش نیروی قراردادی از محل برنامه پزشک خانواده روستایی

شبکه بهداشت و درمان شهرستان بستان آباد به استناد دستورعمل نسخه ۲۴ بیمه روستایی جهت اشتغال در مراکز سلامت روستایی از محل برنامه پزشک خانواده روستایی داوطلب می پذیرد.

| ردیف | نام مرکز                     | عنوان شغلی              | مدرک تحصیلی             |
|------|------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| ۱    | مرکز شهری روستایی<br>کردکندی | مراقب<br>سلامت-<br>ماما | مامایی- بهداشت<br>عمومی |

### 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 برادران)
- ( 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 بازرخیر 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 داده اند به میزان انجام خدمت فوق

### ج- شرایط اختصاصی داوطلبان:

۱- دارا بودن مدرک تحصیلی کارشناسی (به مدارک پایین تر و سایر رشته های تحصیلی ترتیب اثر داده نخواهد شد)

۲- شرکت داوطلبانی که در حال گذراندن طرح نیروی انسانی می باشند در آزمون ممنوع 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 نمره خواهد داشت )

( منابع آزمون رشته مامایی : کتاب میانسال ، بوکلت مادران ، کتاب شیر مادر ، کتاب سلامت باروری )

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 .

ج - نمرات کتبی مآخذوه 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 ، 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 استان معرفی خواهند شد .

ه - بررسی مهارتهای عملی توسط کمیته پذیرش استان در معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی انجام خواهد گرفت . این آزمون ۲۵ نمره دارد .

و- نتایج نمرات بررسی مهارتهای عملی، 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 معاونت توسعه ، 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 مدنی 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 مردان
- 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 .

### **نحوه ارسال مدارک**

مدارک کامل در پاکت a4 قرار داده و تا مورخه ۱۴۰۴/۰۲/۲۳ به مسئول واحد گسترش تحویل داده و رسید 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](http://www.tbzmed.ac.ir)

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

[www.eazphcp.tbzmed.ac.ir](http://www.eazphcp.tbzmed.ac.ir)

۳-سایت شبکه بهداشت و درمان بستان آباد به آدرس:

[www.bostanabad.tbzmed.ac.ir](http://www.bostanabad.tbzmed.ac.ir)

**( در صورت نیاز می توانید با واحد توسعه و گسترش شبکه بهداشت و درمان بستان آباد به شماره تلفن ۴۳۳۳۰۵۷۱**

**تماس حاصل نمایید. )**

### **زمان برگزاری آزمون**

**۱۴۰۴/۰۲/۲۴**

### **محل برگزاری آزمون**

**مرکز بهداشت شهرستان بستان آباد**

### **منابع آزمون**

**کتاب میانسال ، بوکلت مادران ، کتاب شیر مادر ، کتاب سلامت باروری**

**فرم شماره ۱**

تقاضای ثبت نام برای اشتغال در رشته ..... محل .....

|                  |      |                                 |
|------------------|------|---------------------------------|
| محل الصاق<br>عکس | شمار | الف ( مشخصات شخصی - شناسنامه ای |
|                  |      | نام :                           |
|                  |      | نام خانوادگی :                  |
|                  |      | نام پدر :                       |
|                  |      | دین :                           |
|                  |      | ملی :                           |
|                  |      | جنسیت :                         |
|                  |      | مذهب :                          |
|                  |      | شماره شناسنامه :                |
|                  |      | محل صدور شناسنامه :             |
|                  |      | تاریخ تولد : (روز و ماه و سال)  |
|                  |      | محل تولد :                      |

|      |                    |
|------|--------------------|
| رشته | ب ( مشخصات تحصیلی: |
|      | مدرك تحصیلی:       |
|      | تحصیلی:            |
| معدل | محل تحصیل :        |
|      | كل فارغ التحصیلی : |

|     |                                                                                                                                                                    |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| علت | ج ( وضعیت خدمت وظیفه عمومی                                                                                                                                         |
|     | <input type="checkbox"/> انجام داده <input type="checkbox"/> معافیت دائم <input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> تکفل <input type="checkbox"/> علت |
|     | معافیت: .....                                                                                                                                                      |

|                                                                                           |                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|                                                                                           | د) متقاضی استفاده از سهمیه ایثارگران                      |
|                                                                                           | بلي <input type="checkbox"/> خير <input type="checkbox"/> |
|                                                                                           | نوع ایثارگري :                                            |
| فرزند شهید یا جانباز بالای ۲۵٪ از کار افتاده کلی <input type="checkbox"/> جانباز، آزاده و |                                                           |
| رزمنده <input type="checkbox"/>                                                           |                                                           |

آخرین نشانی کامل محل سکونت داوطلب:

|                                                                |                    |
|----------------------------------------------------------------|--------------------|
| شماره                                                          | شماره تلفن همراه : |
|                                                                | 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 ومحل 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 سلامت

:

