" آگهی جذب نیروی انسانی دستیار دندانپزشک "

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خلخال

با استناد به درخواست شماره ۱۰۰/۱۱٤۰٤ تاریخ ۱٤۰۱/۰٦/۲۷ و مجوز شماره ۲۰۹/۹٤۲۳/د مورخه ٤۰۱/۱۰/۰۳ معاونت توسعه مدیریت ومنابع وزارت ، دانشکده علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی خلخال در نظر دارد در قالب قرارداد خرید خدمت (شرکتی) تعداد ۳ نفر نیروی دستیار دندانپزشک برای مراکز خدمات جامع سلامت شهری وروستایی _هشجین ، کلور و مراکز شهری خلخال با شرایط ذیل جذب نماید :

۱–شرایط عمومی بکارگیری:

۱/۱– اعتقاد به دین مبین اسلام یا یکی از ادیان رسمی کشور مصرح در قانون اساسی

۱/۲– داشتن تابعیت ایران

۱/۳– عدم اعتیاد به مواد مخدر و قرص های روانگردان

۱/۴– عدم سابقه محکومیت کیفری موثر

۱/۵– داشتن سلامت جسمانی ، روانی و توانایی انجام کار

۱/۶– التزام عملی به قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران

۱/۷– بومی شهرستان خلخال

۲– شرایط اختصاصی بکارگیری:

۲/۱ – دارا بودن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم نظام قدیم یا جدید در کلیه رشته ها

۲/۲ – داشتن سن حداکثر ۳۵ سال تمام برای شرکت کنندگان تا اولین روز تاریخ انتشار آگهی(۱۴۰۲/۰۱/۱۴)

۲/۳ – در اجرای قانون جوانی جمعیت حداکثر سن داوطلبان متاهل و دارای فرزند نسبت به تعداد فرزندان از ۱ تا ۵ سال قابل افزایش می باشد .

۲/۴ – داوطلب بومی به فردی اطلاق می گردد که از شرایط بند الف ، ب و ج حداقل دو مورد را دارا باشد .

الف) حداقل درچهار سال اخیر (تا اولین روز ثبت نام) به طور مداوم در شهرستان خلخال سکونت داشته باشد.(سکونت داوطلب به مدت چهار سال مورد تایید خانه بهداشت وپایگاه سلامت منطقه باشد)

تبصره ۱ : چنانچه داوطلبی تا قبل از ثبت نام به دلایل ادامه تحصیل ، گذراندن طرح یا اشتغال، در خارج از محل شهرستان خلخال سکونت داشته باشد مشروط به آنکه خانه بهداشت یا پایگاه بهداشتی اقامت وی را تا قبل از وضعیت فوق الاشاره گواهی نماید اقامت در چهار سال اخیر ضرورت ندارد مشروط به آنکه خانواده وی اقامت دائم در شهرستان داشته باشند .

تبصره۲: رفت و آمد به محل مورد تقاضا بمنظورتحصیل و اشتغال دلیل و ملاک سکونت نمی باشد .

ب) شهرستان محل تولد داوطلب با شهرستان محل جغرافیایی مورد تقاضا یکی باشد.

ج) – داوطلب حداقل چهار(۴)سال از سنوات تحصیلی(ابتدائی،راهنمایی،دبیرستان)را بصورت متوالی یا متناوب در شهرستان محل جغرافیایی مورد تقاضا طی کرده باشد.

د) – داوطلبان زن که شرایط بندهای فوق را نداشته ولی بافرد ی که دارای حداقل دومورد از شرایط بندهای الف ، ب و ج را دارا بوده ، ازدواج نموده و حداقل دو سال از تاریخ عقد آنان تا اولین روز ثبت نام در آزمون (۱۴۰۲/۰۱/۱۴) گذشته باشد .

۲/۵– افراد غیر بومی حق شرکت در آزمون را ندارند.و درصورت محرز شدن غیر بومی بودن،در هر مرحله ازروند جذب،حتی بعد از بکارگیری،اشتغال نامبرده کان لم یکن تلقی خواهد شد.

۲/۶– این آزمون هیچ گونه تعهد استخدامی برای دانشکده علوم پزشکی خلخال ایجاد نمی کند.

۳–نحوه ثبت نام و ارائه مدارک مورد نیاز :

۳/۱– متقاضیان واجد شرایط می توانند از روز دوشنبه مورخه ۱۴۰۲/۰۱/۱۴ حداکثر تا پایان وقت اداری روز پنجشنبه مورخه ۱۴۰۲/۰۱/۲۴ مدارک مورد نیاز را به آدرس خلخال خیابان شهید مظفر عزیزی دبیرخانه ستاد مرکزی دانشکده علوم پزشکی خلخال کد پستی ۵۶۸۱۷۶۱۳۵۱ با پست سفارشی ارسال نمایند .

۳/۲– مدارک مورد نیاز جهت ثبت نام مقدماتی شامل:

الف)تکمیل فرم درخواست شغل

ب) دوقطعه عکس ۴*۳ زمینه سفید

ج) اصل گواهی دستیار دندانپزشکی از موسسات ومراکز معتبر (گواهی های صادر شده بعد از تاریخ ۱۴۰۲/۰۱/۲۴ فاقد اعتبار می باشند .)

پ) تصویر آخرین مدرک تحصیلی

ت) تصویر کارت ملی پشت و رو

ث) تصویر تمام صفحات شناسنامه

د) فرم تکمیل شده تایید بومی بودن با توجه به بند ۲/۳

ر) اصل فیش واریز ی به مبلغ ۳/۰۰۰/۰۰۰ ریال به شماره حساب ۲۱۷۸۵۸۰۸۷۹۰۰۱ (درآمد دانشکده علوم پزشکی خلخال) قابل واریز در بانک ملی شعبه مرکزی خلخال

۳/۳– به ثبت نام ناقص و یا مدارک ارسالی ناقص ترتیب اثر داده نخواهد شد.

۴-تذکرات

۴/۱ - مدارک تحصیلی پایین تر از مقطع تحصیلی اعلام شده در شرایط احراز مشاغل در آگهی بکار گیری و همچنین مدارک معادل ، برای شرکت در امتحان و شغل مورد تقاضا معتبر نمی باشد .

۴/۲ - مسئولیت ناشی از عدم رعایت دقیق ضوابط و شرایط اعلام شده در متن آگهی بر عهده داوطلب خواهد بود و در هر مرحله از مراحل ثبت نام،امتحان و جذب محرز شود که داوطلب اطلاعات خلاف داده یا فاقد شرایط مندرج در آگهی است از انجام مراحل بعدی محروم خواهد شد،حتی در مرحله انعقاد قرارداد و حین خدمت،قرارداد مزبور لغو و از ادامه خدمت ممانعت خواهد شد.

۴/۳ - انتخاب داوطلبان بر اساس امتیاز اخذ شده نهایی در آزمون کتبی خواهد بود.

۴/۴ - پذیرفته شدگان اصلی پس از اعلام نهایی حداکثر ۷ روز فرصت خواهند داشت جهت تکمیل مدارک و طی مراحل قانونی و اداری به دانشکده علوم پزشکی خلخال مراجعه نمایند.

۴/۵ - پذیرفته شدگان نهایی متعهد می شوند در محل مورد تقاضا خدمت نمایند و جابجایی،ادامه تحصیل و انتقال داوطلبان به هیچ وجه امکان پذیر نخواهد بود.در صورت عدم رعایت این بند دانشکده علوم پزشکی مجاز به لغو قرارداد می باشد.

۴/۶ - ملاک پذیرش و ادامه روند بکارگیری بر اساس محاسبه نمره فضلی آزمون کتبی داوطلبان خواهد بود.

۴/۷- هر گونه اطلاع رسانی در خصوص آزمون از طریق مرکز بهداشت شهرستان و دانشکده علوم پزشکی خواهد بود و داوطلبان اطلاعات مورد نیاز خود را از این طریق دریافت خواهند نمود.

۴/۸ - هرداوطلب مجاز است فقط یکی از مراکز اعلام شده (هشجین ، کلور ومراکز شهری) راجهت ثبت نام انتخاب نماید.

۴/۹ – داوطلبین پذیرفته شده ، در صورت نیاز مرکز بهداشت شهرستان موظف به همکاری در مراکز مجاور و در مشاغل مورد نیاز مراکز می باشند .

۴/۱۰ – دانشکده هیچگونه تعهدی برای ارائه سرویس ایاب وذهاب و پانسیون جهت سکونت افراد پذیرفته شده را ندارد.

۴/۱۱ – در اجرای قانون جوانی جمعیت برای داوطلبان متاهل و دارای فرزند ۲ درصد امتیاز مازاد (حداکثر ۱۰درصد) در نظر گرفته می شود . (به ازای تاهل و هر فرزند(حداکثرتا ۴ فرزند) ۲٪ امتیاز علمی کسب

شده در آزمون اضافه میشود)

۴/۱۲ – در صورت کسب شرایط مساوی در پذیرش ، الویت جذب با ایثارگران می باشد .

۴/۱۳ – لیست نهایی پذیرفته شدگان پس از طی مراحل گزینش و تائید صلاحیت عمومی توسط هسته گزینش دانشکده اعلام خواهد شد .

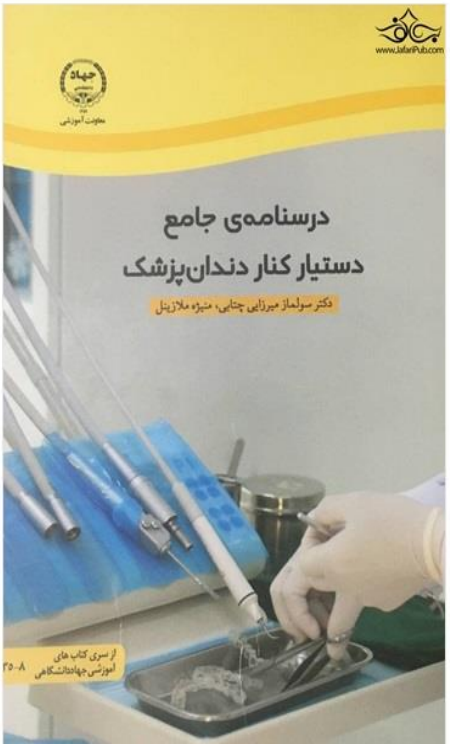
۴/۱۴ - پذیرفته شدگان نهایی متعهد میشوند در صورت نیاز مرکز بهداشت شهرستان و در صورت تعطیلی واحد دندانپزشکی به دلایل مختلف از جمله عدم حضور دندانپزشک وهمچنین بروز اپیدمی و بحران های بهداشتی در سایر واحد های مرکز پذیرفته شده و مراکز مجاور از جمله پذیرش ، نمونه گیری ، غربالگری و ... همکاری وانجام وظیفه نمایند .

۴/۱۵ – داوطلب پذیرفته شده برای مراکز شهری خلخال ، با توجه به نیاز و حضور دندانپزشک در مراکز یک، دو و سه شهری بصورت تمام وقت و یا بصورت چند روز در هر هفته در مراکز فوق حضور خواهد داشت .

۴/۱۶ – صحت گواهی های صادره از موسسات آموزشی از طریق واحد های نظارتی دانشکده استعلام شده در صورت عدم تائید موسسه ، پذیرش افراد در هر مرحله از آزمون حتی بعد از شروع بکار کن لم یکن خواهد شد .

۵ – سوالات امتحانی عبارتند از :

۵/۱ - ۴۰ درصد از سوالات آزمون مربوط به حوزه تخصصی شغل دستیار دندانپزشک بوده و از منابع معرفی شده وزارت تهیه خواهد شد . (فصول اول تا ششم ، هشتم ، نهم ،دوازدهم ، سیزدهم و بیستم کتاب درسنامه جامع دستیار کنار دندانپزشک تالیف دکتر سولماز میرزایی چتابی و منیژه ملا زینل از انتشارات جهاد دانشگاهی)



درسنامه ی جامع دستیار کنار دندان پزشک

کد کتاب ۱۰۰۸۶۸

کتاب درسنامه ی جامع دستیار کنار دندان پزشک

کتاب دستیار دندان پزشک

خرید کتاب دستیار دندانپزشک انتشارات جهاد دانشگاهی

ناشر : جهاد دانشگاهی (نمایش همه کتاب های انتشارات جهاد دانشگاهی)

تعداد صفحه	۴۸۴
چاپ	سیاه و سفید
زبان	فارسی
سال نشر	۱۴۰۰
شابک	۹۷۸۶۰۰۱۰۲۳۸۳۵
قطع	وزیری
نوبت چاپ	سوم
نویسنده	دکتر سولماز میرزایی چتابی - منیژه ملازینل

۵/۲ – ۶۰ درصد سوالات از اطلاعات عمومی۳ درس : ادبیات ، معارف و کامپیوتر خواهد بود .

۵ /۲ – تمامی سوالات بصورت چهار گزینه ای بوده و به ازای هر ۳ سوال غلط یک نمره منفی لحاظ خواهد شد .

زمان و نحوه دریافت کارت ورود به جلسه :

- کارت ورود به جلسه آزمون در روز پنجشنبه۱۴۰۲/۰۲/۲۱ از طریق اداره منابع انسانی دانشکده توزیع خواهد شد . افرادی که در موعد مقرر موفق به دریافت کارت ورود به جلسه نشوند در روز جمعه قبل از شروع آزمون می توانند کارت ورود به جلسه را در محل اجرای آزمون دریافت نمایند.
- زمان آزمون روز جمعه ۱۴۰۲/۰۲/۲۲ راس ساعت ۱۰ صبح در محل معاونت آموزشی دانشکده علوم پزشکی خلخال خواهد بود .

آدرس محل آزمون : شهرستان خلخال خیابان شهید مظفر عزیزی معاونت آموزشی دانشکده علوم پزشکی خلخال (بیمارستان قدیم)

فرم در خواست شرکت در آزمون جذب وپذیرش دستیار دندانپزشک سال۱۴۰۲

(شهرستان خلخال/ مرکز هشجین ☐ کلور ☐ مراکز شهری خلخال ☐)

(مرکز مورد درخواست علامت زده شود)

دانشکده علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی خلخال

محل الصاق عکس

الف)مشخصات شخصی – شناسنامه ای :

نام:..... نام خانوادگی:..... کد ملی:..... نام پدر : ..... جنسیت :.....

دین:.....مذهب:..... شماره شناسنامه:..... محل صدور شناسنامه:.....

تاریخ تولد(روز وماه وسال):.....محل تولد:.....

ب) مشخصات تحصیلی :

آخرین مدرک تحصیلی:.....نام رشته تحصیلی:.....محل تحصیل:.....معدل کل فارغ التحصیلی:.....

محل تحصیل مقطع ابتدایی:.....محل تحصیل مقطع راهنمایی:.....محل تحصیل مقطع دوره اول

دبیرستان:..... محل تحصیل مقطع دوره دوم دبیرستان:.....

ج) وضعیت ایثارگری :

۱ـ ☐ جانباز درصد جانبازی ..... درصد

۲ـ ☐ رزمنده (به مدت حداقل ۶ ماه حضور داوطلبانه در جبهه) مدت حضور در جبهه : روز ماه سال

۳ـ ☐ آزاده مدت اسارت : روز ماه سال

۴ـ فرزند شهید ☐ ۵ـ فرزند جانباز بالای ۲۵٪ ☐ درصد جانبازی پدر ..... ۶- فرزند جانباز زیر ۲۵٪ ☐ در صد جانبازی .....

۷- فرزند رزمنده با سابقه حضور داوطلبانه حداقل شش ماه در جبهه ☐ مدت حضور پدر در جبهه ..... ۸- برادر یا خواهر شهید ☐

۹- فرزند آزاده بالای یکسال اسارت ☐ مدت اسارت پدر .....۱۰- فرزند آزاده زیر ۱ سال اسارت ☐ مدت اسارت پدر .....

ه) وضعیت بومی و سکونت :

دارای شرایط بند های الف) ☐ ب) ☐ ج) ☐ د) ☐ می باشم .

آخرین نشانی کامل محل سکونت داوطلب :

شهرستان.....نام شهر / روستا.....خیابان..... کوچه..... پلاک..... کدپستی.....شماره تلفن

همراه..... شماره تلفن ثابت: .....کد تلفن: ..... شماره تلفن ضروری:.....

اینجانب..... متقاضی شرکت در آزمون پذیرش دستیار دندانپزشک مرکز ..... ،کلیه شرایط ومفاد آگهی پذیرش منتشره را مطالعه نموده وصحت کلیه موارد بالا راتایید می نمایم ودر صورت اثبات خلاف اظهارات این جانب در هر مقطع زمانی(قبل و یا حین پذیرش و یا بعد از اشتغال) هر گونه حقی را برای جذب وبکارگیری در آن دستگاه از خود سلب می نمایم .

نام ونام خانوادگی متقاضی:..... تاریخ : ..... امضاء واثر انگشت متقاضی :.....

به نام خدا

معرفی نامه داوطلب دستیار دندانپزشک

(گواهی تاییدیه بومی بودن متقاضی ساکن در شهرستان خلخال)

تایید شورای اسلامی روستای..... (برای متقاضیان ساکن در مناطق روستایی)

اینجانبان امضاءکنندگان ذیل با اطلاع از عواقب شرعی و قانونی گواهی کذب ، بومی بودن و سکونت مستمر آقا/ خانم ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه..... وبا کدملی.....رادر روستای ..... را تائید نموده و گواهی می نمائیم نامبرده در حال حاضر و حداقل از چهار سال پیش در این روستا سکونت دارد .

نام و نام خانوادگی : مهر وامضای رئیس شورای اسلامی .....

نام و نام خانوادگی : مهر وامضای اعضای شورای اسلامی

۱- ..... ۲- ..... ۳- .....

تایید محل سکونت توسط مراقب سلامت و بهورز:

اینجانب..... مراقب سلامت مرکز ..... / بهورز خانه بهداشت .....گواهی و تایید می کنم داوطلب فوق شرایط اختصاصی مربوط به جمعیت بومی را دارا بوده واز چهارسال قبل نیز در این شهر / روستا سکونت دارد .

مهر وامضاء مراقب سلامت . بهورزخانه بهداشت

تایید امضاء مراقب سلامت / بهورز توسط مرکز خدمات جامع سلامت :

مهر وامضاء خانم / آقای ..... مراقب سلامت / بهورز خانه بهداشت شهر /روستای..... مورد تایید می باشد.

مهر وامضاء مسئول مرکز خدمات جامع سلامت .....

صحت امضاء وگواهی موارد فوق مورد تایید است :

مهروامضاء معاونت بهداشتی دانشکده علوم پزشکی خلخال

مهر و امضاء رئیس گروه گسترش شبکه

داوطلبان در صورت نیاز به کسب اطلاعات بیشتر می توانند در وقت اداری با گروه گسترش شبکه با شماره تلفن ۰۴۵۳۲۴۳۴۷۳۷ تماس حاصل نمایند .