

## \*\*\*اطلاعیه مهم\*\*\*

### فراخوان جذب نیروی بهیار مرد به صورت شرکتی

به اطلاع می‌رساند دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی بزم در نظر دارد برای تامین نیروی انسانی مورد نیاز خود در واحدهای تحت پوشش این دانشگاه اقدام به جذب تعداد ۱۰ نفر بهیار به صورت شرکتی ، در قالب شرکتهای تامین نیرو از طریق برگزاری مصاحبه تخصصی ، با لحاظ اولویت بومی در شهرستانهای زیر مجموعه دانشگاه علوم پزشکی بزم (بزم ، نرماشیر ، فهرج ، ریگان ) نماید . لذا متقاضیان می‌توانند جهت ثبت نام از تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۱۰ لغایت ۱۴۰۲/۰۲/۱۹ با مراجعه به واحد مدیریت نیروی انسانی دایره استخدام نسبت به تحویل مدارک اقدام نمایند.

لازم به ذکر است مهلت اعلام شده تمدید نخواهد شد .

#### شرایط ثبت نام :

- جنسیت : مرد
- دارا بودن مدرک تحصیلی دیپلم بهیاری
- سن : حداکثر ۲۷ سال تا تاریخ پایان مهلت تحویل مدارک
- بومی شهرستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی بزم

تاریخ مصاحبه : ۱۴۰۲/۰۲/۳۱

منابع مصاحبه :

دروس اختصاصی مدرسه بهیاری و مسائل روز و احکام

مدارک مورد نیاز ثبت نام :

- ۱- اصل و تصویر تمامی صفحات شناسنامه
- ۲- اصل و تصویر کارت ملی
- ۳- اصل و تصویر گواهینامه مدرک تحصیلی دیپلم بهیاری
- ۴- سه قطعه عکس پشت نویسی شده
- ۵- اصل و تصویر کارت پایان خدمت نظام وظیفه عمومی و یا معافیت دائم به صورت پشت و رو ( یا گواهی تایید دال بر پایان خدمت وظیفه)
- ۶- اصل فرم تایید سوابق کرونا به شرح پیوست
- ۷- تکمیل فرم مشخصات به شرح پیوست
- ۸- مدارک ایثارگری (نامه بنیاد شهید ، نامه تائید مدت حضور داوطلبانه در جبهه‌ها حداقل به مدت ۶ ماه)
- ۹- یک عدد پوشه و گیره

❖ مراجع تائید مدت حضور داوطلبانه در جبهه‌ها عبارتند از:

۱. معاونت نیروی انسانی هر یک از رده‌های نیروهای مسلح در مورد رزمندگان متبوع خود
۲. معاونت نیروی انسانی سازمان بسیج مستضعفان سپاه پاسداران انقلاب اسلامی در مورد بسیجیان و نیروهای مردمی اعم از مستخدمین دولت و صاحبان مشاغل و صنوف آزاد و افراد فاقد شغل
۳. معاونت توسعه و منابع انسانی اداره کل جهاد کشاورزی در مورد جهادگران.

فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه فعالیت در زمینه مقابله با کرونا در مصاحبه شرکتی بهیاری ۱۴۰۲

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی به

الف) مشخصات فردی :

نام و نام خانوادگی مشمول: نام پدر: کد ملی: بیمارستان / مرکز :

ب) رابطه کاری قبلی شرکتی  قراردادی ۸۹ روزه  سایر ( توضیحات ) .....

پ) این جدول توسط واحد محل خدمت تکمیل می گردد :

عنوان پست / شغل	مدرک تحصیلی	مقطع تحصیلی	واحد محل خدمت	بخش / قسمت مربوطه	تاریخ شروع فعالیت در مراکز درگیر کرونا	تاریخ پایان فعالیت در مراکز درگیر کرونا	مدت زمان خدمت (به روز)	امتیاز

\*: به ازاء هر ماه ۲ امتیاز ، ۱۵ روز یک امتیاز و کمتر از ۱۵ روز امتیازی تعلق نمی گیرد. سقف نهایی امتیاز کرونا ۲۰ امتیاز می باشد .

نام و امضاء مسئول مستقیم مراتب فوق مورد تایید می باشد.  
 نام و امضاء بالاترین مقام واحد/مرکز مراتب فوق مورد تایید می باشد.

نام و امضاء معاونت مربوطه  
 مراتب فوق مورد تایید می باشد.

معاون توسعه دانشگاه	مدیر اداره بازرسی دانشگاه	مدیر حراست دانشگاه	رئیس اداره پرستاری
نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی
امضاء	امضاء	امضاء	امضاء

## فرم مشخصات

۲- نام :	۱- نام خانوادگی :
۴- نام پدر:	۳- کد ملی :
۶- شماره تماس: شماره تلفن برای تماس ضروری :	۵- تاریخ تولد : ۱۳ / /
۸- وضعیت تأهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>	۷- محل تولد : استان : شهرستان : بخش :
۹- وضعیت نظام وظیفه : ۱- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> ۲- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/>	
۱۱- محل اخذ دیپلم بهیاری :	۱۰- تاریخ اخذ مدرک تحصیلی : ۱۳ / /
۱۳- وضعیت ایثارگری :	
۱- جانباز <input type="checkbox"/> درصد جانبازی ..... درصد	
۲- رزمنده <input type="checkbox"/> (برای حداقل ۶ ماه حضور داوطلبانه درجبهه) مدت حضور درجبهه : روز ماه سال	
۳- آزاده <input type="checkbox"/> مدت اسارت : روز ماه سال	
۴- خانواده شهید : فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/> خواهر <input type="checkbox"/> برادر <input type="checkbox"/>	
۵- فرزند و همسر جانبازان ۲۵٪ و بالاتر: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	
۶- فرزند و همسر آزادگان بالای یکسال اسارت: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	
۷- فرزند و همسر رزمنده دارای سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه درجبهه: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	
۸- فرزند جانبازان زیر ۲۵٪ و آزادگان زیر یکسال اسارت : فرزند جانباز <input type="checkbox"/> فرزند آزاده <input type="checkbox"/>	
۱۴ - آدرس محل سکونت : استان ..... شهرستان ..... بخش ..... روستا.....	
خیابان ..... کوچه ..... پلاک ..... کدپستی .....	
اینجانب ..... متقاضی شرکت در مصاحبه پذیرش بهیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی به متن اطلاعاتیه مربوطه را با دقت و به طور کامل مطالعه و سپس تقاضای فوق را تکمیل نموده ام و مسئولیت صحت کلیه مندرجات آن را به عهده می گیرم. در صورت اثبات خلاف اظهارات اینجانب در هر مقطع زمانی هر گونه حقی را برای جذب در آن دستگاه از خود سلب می نمایم .	
امضا و اثر انگشت متقاضی	