« بسمه تعالي »

آگهي جذب نیرو قرارداد پزشک خانواده

 شبکه بهداشت و درمان شهرستان کنگان، در نظر دارد براي تأمين نيروهاي مورد نياز، جهت خدمت در واحدهای تابعه خود بر اساس بند 49 صورتجلسه شماره 18076/20/دپ مورخ12/ 6/ 1402 کمیته سرمایه انسانی دانشگاه به تعداد یکنفر کارشناس مامایی بصورت پزشک خانواده واجدالشرایط را از طریق آزمون کتبی پس از طي كردن مراحل گزينش توسط هسته گزینش دانشگاه ، به صورت قرارداد پزشک خانواده به شرح ذيل جذب نمايد.

جدول رشته های شغلی مورد نیاز

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **عنوان شغل** | **محل جغرافيايي خدمت** | **تعداد مورد نياز** | **جنسيت** | **شرايط احراز از نظر مدرك و رشته تحصيلي** | **توضيحات** |
| ***زن*** | ***مرد*** |
| ماما | کنگان | 1 | \* | - | کارشناس مامایی | مرکز خدمات جامع سلامت شیرینو(دائم) پزشک خانواده |

**1- شرایط عمومی جذب نیروی پزشک خانواده**

1/1- تدین به دین مبین اسلام یا یکی از ادیان رسمی کشور مصرح درقانون اساسی

2/1- داشتن تابعیت جمهوری اسلامی ایران

3/1- عدم اعتیاد به دخانیات ومواد مخدر و روانگردان

4/1- عدم سابقه محکومیت جزایی موثر

5/1- نداشتن منع استخدام دردستگاه­های دولتی به­موجب آرای مراجع قانونی

6/1- داوطلبان نباید مستخدم بازنشسته و بازخرید خدمت باشند.

7/1- التزام به قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران

8/1- داشتن سلامت جسمانی وروانی وتوانایی برای انجام کاری که برای آن استخدام می­شوند بر اساس ماده 34 دستورالعمل اجرایی برگزاری آزمون استخدامی که به تایید هیات امنا در تاریخ 01/01/98 رسیده است .

تبصره : ماده 34 دستورالعمل اجرایی برگزاری آزمون استخدامی( استخدام پذبرفته شدگان در آزمون که مراحل قانونی را طی نموده باشند منوط به تایید توانمندیهای جسمی ، روانی ، ذهنی و حرکتی افراد توسط واحد طب کار موسسه و یا کمسیون پزشکی (طبق شیوه نامه سلامت جسمانی و روانی وزارت متبوع ) است ) .

**2- شرایط اختصاصی جذب نیروی پزشک خانواده**

1/2- - داشتن حداقل 22 سال سن تمام و حداکثر 35 سال تمام تا آخرین روز تاریخ انتشار آگهی

2/2 – پرداخت مبلغ 500000 ريال (پانصد هزار ريال) به شماره شناسه واريز 324080873124004006000000000801 و شبا حساب 490100004001080803025348 IR

\* **به استناد بند الف ماده 15 قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب 19/8/1400 مجلس شورای اسلامی به ازاء تاهل و نیز داشتن هر فرزند یکسال تا حداکثر ۵ سال به سقف محدودیت سنی اضافه می شود.مشروط به آن که نرخ باروری شهرستان محل زادگاه داوطلب یا فرزند وی ،بالای 5/2 نباشد.مبنای تعیین نرخ باروری ،آخرین اعلام رسمی وزارت کشور در رزمان برگزاری آزمون می باشد**

**\*\* به استناد بند "ب" ماده 15 قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت به ازاء تاهل و نیز هر فرزند دو درصد(2) تا حداکثر ده درصد(10) نمره کل آزمون به نمره مکتسبه فرد اضافه خواهد شد.**

**تبصره: تخصیص امتیاز فوق‌، مشروط به آن است که نرخ باروری شهرستان محل زادگاه داوطلب یا فرزند وی، بالای 2.5 نباشد. مبنای تعیین نرخ باروری، آخرین اعلام رسمی وزارت کشور در زمان برگزاری آزمون می‌باشد.**

**2/2-اولویت ها:**

افراد ی که دارای هریک از شرایط ذیل باشند بترتیب در اولویت پذیرش قرار دارند:

**بومی:**

**سهميه بومی**

 با توجه به بخشنامه شماره 369488 مورخ 27/7/99 سازمان اداری و استخدامی کشور و به استناد قانون اصلاح ماده 44 قانون مدیریت خدمات کشوری مصوب 16/6/99 مجلس شورای اسلامی نمره مكتسبه داوطلبان بومی بجز شهرستان تهران و مراکز استانها با تعاریف ذیل با ضریب یک و چهاردهم (4/1) محاسبه و ملاک عمل قرار می گیرد.

الف- شهرستان محل تولد مندرج در شناسنامه داوطلب با شهرستان مورد تقاضا یكی باشد.

ب- سكونت داوطلب به مدت حداقل ده سال با ارائه استشهاد محلی )براساس فرم پیوست آگهی) ممهور به مهر نیروی انتظامی (پاسگاه یا کلانتری محل) احراز گردد.

ج- داشتن سوابق تحصیلی در مقاطع ابتدایی، راهنمایی یا دبیرستان در شهرستان مورد تقاضا با تایید اداره آموزش و پرورش شهرستان مربوطه می تواند به عنوان تمام یا قسمتی از سابقه ده سال سكونت به شرط استشهاد محلی مبنی بر تایید ساکن بودن ملاک عمل قرار گیرد.

د- در صورت وجود ابهام درخصوص شهرستان محل تولد نظر اداره کل ثبت احوال استان ملاک عمل خواهد بود.

و- تقسیمات کشوری در اولین روز ثبت نام ملاک عمل برای تعیین بومی بودن خواهد بود.

بسمه تعالی

**«فرم استشهاد محل سکونت جهت شرکت در آزمون قرارداد پزشک خانوداه شهرستان کنگان 1402 »**

اینجانب ................................فرزند ...............................کد ملی ............................از مطلعین و معتمدین محل ، تقاضا دارم که شهرستان محل سکونت فعلی و مدت سکونت اینجانب را گواهی نمایند.

 **با تشکر**

**امضاء و اثرانگشت**

اینجانبان امضاکنندگان ذیل گواهی می نماییم که نامبرده بالا در حال حاضر در بخش .................. شهرستان............................... ساکن بوده و مدت ................ سال .................... ماه نیز در این شهرستان سکونت داشته است**.**

اینجانب ........................ به کد ملی................................... صحت مراتب فوق را گواهی می نمایم. امضاء و اثرانگشت

اینجانب ........................ به کد ملی................................... صحت مراتب فوق را گواهی می نمایم. امضاء و اثرانگشت

اینجانب ........................ به کد ملی................................... صحت مراتب فوق را گواهی می نمایم. امضاء و اثرانگشت

**این قسمت توسط نیروی انتظامی (پاسگاه یا کلانتری محل) تکمیل گردد.**

موارد فوق مورد تایید این ............................................. می باشد.

**محل مهر -امضاء**

**پاسگاه یا کلانتری محل**

**تذکرات مهم:**

1. تکمیل این فرم برای تمامی داوطلبان بومی شهرستان که متقاضی استفاده از اولویت استخدام به لحاظ ساکن بودن با سابقه حداقل ده سال سکونت می باشند،الزامی است.
2. داوطلبان بومی شهرستانی که دارای سوابق تحصیلی در مقاطع ابتدایی،راهنمایی و یا دبیرستان در شهرستان مورد تقاضا باشند، با تایید اداره آموزش و پرورش شهرستان مربوطه صرفا" می توانند از آن برای احراز تمام و یا قسمتی از سوابق ده سال سکونت در شهرستان مورد تقاضا بهره مند گردند و تکمیل این فرم برای احراز سکونت فعلی آنان در شهرستان مورد نظر ، الزامی است.
3. چنانچه متقاضی برای تایید سابقه حداقل ده سال سکونت خود در شهرستان مورد تقاضا،در بیش از یک بخش از شهرستان مربوطه سکونت داشته باشد،می تواند از یک نسخه دیگر از این فرم نیز برای این منظور استفاده کند.

**3- نحوه ثبت نام ومدارک مورد نیاز**

1/3- متقاضیان واجد شرایط ملزم هستند از تاریخ 10/.8/1402 حداکثر تاپایان وقت اداری مورخه 17/8/1402 مدارک مورد نیاز ثبت نام را به واحد گسترش شبکه بهداشت و درمان شهرستان کنگان تحویل دهند . آدرس : بندر کنگان – خ هلال احمر –جنب اداره آب - شبکه بهداشت و درمان شهرستان کنگان - تلفن : 07737226932

2/3- مدارک مورد نیاز ثبت نام:

- تکمیل برگ درخواست شغل

- یک قطعه عکس 4×3

 - تصویر آخرین مدرک تحصیلی

- تصویر کارت ملی

- تصویر شناسنامه به همراه تصویر تمام صفحات آن

- تصویر سایرمدارک طبق مفاد آگهی حسب ضرورت

- فیش واریزی

3/3- به ثبت نام ناقص و یا ارسال مدارک ناقص ترتیب اثر داده نخواهد شد .

4- زمان آزمون : راس ساعت 8 صبح در سالن شبکه بهداشت و درمان شهرستان کنگان مورخ **20/8/1402**

**5-مواد امتحان :**

1/5- امتحان تخصصی شامل سوالات مربوط با رشته شغلی مورد درخواست داوطلب به تعداد 45 سئوال و به صورت چهار گزینه ای می باشد .ضمنا آزمون نمره منفی دارد.

6- کسب بالاترین نمره به عنوان نمره قبولی مد نظر قرار میگیرد .

7- مدارك تحصیلی بالاتر يا پائین­تر از مقاطع تحصیلی اعلام شده درشرایط احراز مشاغل در آگهي استخدامي و همچنين مدارک معادل، براي شركت در امتحان و استخدام معتبر نمي­باشد.

1/7- مسئولیت ناشی از عدم رعایت دقیق ضوابط وشرایط اعلام شده درمتن آگهی برعهده داوطلب خواهد بود ودر هر مرحله از مراحل ثبت نام، امتحان و جذب محرز شود که داوطلب اطلاعات خلاف داده یا فاقد شرایط مندرج در آگهی است داوطلب از انجام مراحل بعدی محروم خواهد شد، حتی در صورت صدور قرارداد حکم مزبور لغو وبلااثر می­گردد.

2/7- هرگونه اطلاع رسانی درخصوص امتحان از طریق شبکه بهداشت و درمان شهرستان کنگان خواهد بود وداوطلبان اطلاعات مورد نیاز خود را بدین طریق دریافت خواهند کرد.

3/7- باتوجه به این که ملاک ثبت نام ازمتقاضیان تکمیل برگ درخواست شغل می باشد لازم است درتکمیل آن نهایت دقت را به عمل آورده وهیچگونه اصلاحاتی پس از ثبت نام قابل پذیرش نخواهد بود.

4/7-انتخاب داوطلبان به ترتیب بالاترین نمره کل ماخوذه در آزمون در هر رشته شغلي با رعايت ظرفيت پيش بيني شده می­­باشد. در مواردی که نمره کل دو داوطلب در يك رشته شغلي یکسان و مازاد بر تعداد ظرفيت اعلام شده در آگهی استخدامی باشد، ملاك عمل نمره آزمون کتبی قرارمی گیرد وبعنوان نفر اصلی به گزینش معرفی می شود قرار خواهد گرفت.

5/7- شبکه بهداشت و درمان شهرستان کنگان هیچ گونه تعهدی جهت تامین غذا، ایاب و ذهاب و مسکن پذیرفته شدگان ندارد.

6/7- داوطلبان بایستی به مبنای تاریخ های اشاره شده در آگهی توجه کافی داشته باشند.

7/7- داوطلبان بایستی به مبنای تاریخ های اشاره شده در آگهی توجه کافی داشته باشند.لازم به ذکر است ملاک عمل برای تاریخ گواهی فراغت از تحصیل آخرین روز ثبت نام و ملاک محاسبه سن،اولین روز ثبت نام می باشد.

8/7 – **مبلغ واریزی جهت ثبت نام متقاضیان آزمون شرکتی 500000 هزار ریال به شماره حساب و شناسه واریز و شبا حساب بانک مرکزی ذیل می باشد.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **نام سازمان** | **شماره حساب** | **شناسه واریز** | **شبا حساب** |
| **شبکه بهداشت و درمان شهرستان کنگان**  |  | **324080873124004006000000000801** | **490100004001080803025348 IR** |

**فرم درخواست شغل شبکه بهداشت و درمان شهرستان کنگان**

محل الصاق عکس

دراین قسمت چیزی ننویسید

|  |  |
| --- | --- |
| 1- نام خانوادگی : | 2- نام : |
| 3- نام پدر: | 4- جنس : 1- مرد□ 2- زن□ |
| 5- تاریخ تولد : روز ماه سال  | 6- محل تولد : استان : شهرستان : بخش :7 -محل سکونت فعلی: شهرستان : بخش : |
| 8- شماره شناسنامه : | 9- شماره ملی:  | 10- محل صدورشناسنامه: |
| 11- دین : مذهب :  | 12-وضعیت تأهل: متأهل □ مجرد□ |
| 13- سهمیه ها: 1- سهمیه آزاد □ بومی□ |
| 14- آخرین مدرک تحصیلی: لیسانس □  |
| 15- رشته تحصیلی :  | 16-گرایش تحصیلی : معدل : |
| 17- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی : / /  | 18- محل اخذ دیپلم : |
| 19- شغل مورد درخواست : (فقط یک شغل )  | 20- محل جغرافیایی مورد تقاضا (فقط یک محل)  |
| 21- نشانی کامل : محل سکونت :استان ......................................شهرستان ............................................خیابان ...................................................کوچه ................................پلاک ...............................کدپستی .........................................شماره تلفن ثابت ................................................................کد شهر ...............................شماره تلفن همراه ..................................... |
| 22- شماره تلفن برای تماس ضروری : |
| اینجانب .............................................. متقاضی شرکت در آزمون پزشک خانواده کارشناس مامایی مرکز خدمات جامع سلامت شیرینو شبکه بهداشت و درمان شهرستان کنگان متن آگهی مربوطه را با دقت وبه طور کامل مطالعه و سپس تقاضای فوق را تکمیل نموده ام ومسئولیت صحت کلیه مندرجات آن را به عهده می گیرم. درصورت اثبات خلاف اظهارات اینجانب در هرمقطع زمانی(قبل و بعد از اشتغال ) هر گونه حقی را برای جذب در آن شرکت از خود سلب می نمایم . |
| 26- تاریخ تنظیم فرم : امضاء و اثرانگشت متقاضی |