« بسمه تعالی »

آگهی جذب نیرو قرارداد شرکتی (PHC شهری)

شرکت پارسا طب لیانا جنوب در نظر دارد برای تأمین نیروهای مورد نیاز، جهت خدمت در شبکه بهداشت و درمان دشتستان بر اساس مجوز ردیف ۱۴ و ۱۵ صورتجلسه شماره ۲۰/۲۹۱۵۰/دپ مورخه ۱۴۰۲/۹/۱۴ کمیته محترم سرمایه انسانی دانشگاه به تعداد **۷** نفر افراد واجدالشرایط را از طریق آزمون کتبی پس از طی کردن مراحل گزینش توسط هسته گزینش دانشگاه ، به صورت شرکتی (PHC شهری) و قرارداد ۸۹ روزه به شرح ذیل جذب نماید.

جدول رشته های شغلی مورد نیاز

عنوان شغل	محل جغرافیایی خدمت	تعداد مورد نیاز	جنسیت		شرایط احراز از نظر مدرک و رشته تحصیلی	توضیحات
			زن	مرد		
کارشناس مامایی	مراکز شهری	۶	*	–	دارا بودن مدرک تحصیلی کارشناسی مامایی	استخدام شرکتی (PHC شهری)
بیماریاب	مراکز محیطی	۱	–	*	دارا بودن مدرک تحصیلی کاردانی و کارشناسی بهداشت عمومی	صرفا بصورت ۸۹ روزه

۱- شرایط عمومی جذب نیروی شرکتی

۱/۱- تدین به دین مبین اسلام یا یکی از ادیان رسمی کشور مصرح درقانون اساسی

۱/۲- داشتن تابعیت جمهوری اسلامی ایران

۱/۳- داشتن کارت پایان خدمت وظیفه عمومی یا معافیت دائم از خدمت (ویژه برادران)

۱/۴- عدم اعتیاد به دخانیات ومواد مخدر و روانگردان

۱/۵- عدم سابقه محکومیت جزایی موثر

۱/۶- نداشتن منع استخدام دردستگاه‌های دولتی به‌موجب آرای مراجع قانونی

۱/۷- داوطلبان نباید مستخدم رسمی، ثابت و پیمانی سایر دستگاه‌های دولتی و یا بازنشسته و بازخرید خدمت باشند.

۱/۸- التزام به قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران

۱/۹- داشتن سلامت جسمانی وروانی وتوانایی برای انجام کاری که برای آن استخدام می شوند بر اساس ماده ۳۴ دستورالعمل اجرایی برگزاری آزمون استخدامی که به تایید هیات امنا در تاریخ ۹۸/۰۱/۰۱ رسیده است .

تبصــره : ماده ۳۴ دســتورالعمل اجرایی برگزاری آزمون اســتخدامی(اســتخدام پذبرفته شــدگان 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) .

۲- شرایط اختصاصی جذب نیروی شرکتی

۲/۱- داشتن حداقل ۲۰ سال و حداکثر ۴۰ سال تا اولین روز تاریخ انتشار آگهی

***به استناد بند الف ماده ۱۵ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱٤۰۰/۸/۱۹ 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 ۲/۵ نباشد.مبنای تعیین نرخ باروری ،آخرین اعلام رسمی وزارت کشور در رزمان برگزاری آزمون می باشد.**

**** به استناد بند "ب" ماده ۱۵ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت به ازاء تاهل و نیز هر فرزند دو درصد(۲) تا حداکثر ده درصد(۱۰) 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 ۲,۵ نباشد. مبنای تعیین نرخ باروری، آخرین اعلام رسمی وزارت کشور در زمان برگزاری آزمون می‌باشد

۲/۲-اولویت ها:

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

بومی:

سهمیه بومی

با توجه به بخشنامه شماره ۳۶۹۴۸۸ مورخ ۹۹/۷/۲۷ سازمان اداری و استخدامی کشور و به استناد قانون اصلاح ماده ۴۴ قانون مدیریت خدمات کشوری مصوب ۹۹/۶/۱۶ مجلس شورای اسلامی نمره مکتسبه داوطلبان بومی بجز شهرستان تهران و مراکز استانها با تعاریف ذیل با ضریب یک و چهاردهم (۱/۴) محاسبه و ملاک عمل قرار می گیرد.

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

ب -سکونت 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 سکونت 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 استخدامی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر-قرارداد شرکتی (PHC شهری)**۱۴۰۲»**

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:

۱- 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.

۲- 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.

۳- 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.

۳- نحوه ثبت نام ومدارک مورد نیاز

۳/۱- متقاضـــیان واجد شـــرایط ملزم هســـتند از تاریخ ۳ / ۱۰ /۱۴۰۲ حداکثر تاپایان وقت اداری مورخه ۱۰ /۱۰ /۱۴۰۲ مدارک مورد نیاز ثبت نام را به واحد کارگزینی شـبکه بهداشـت و درمان شـهرسـتان دشـتسـتان تحویل دهند . آدرس : دشتستان – میدان امام - شبکه بهداشت و درمان شهرستان دشتستان تلفن : ۰۷۷۳٤۲۹۳۱۳٦

۳/۲- مدارک مورد نیاز ثبت نام:

- تکمیل برگ درخواست شغل
- یک قطعه عکس ۴×۳
- تصویر آخرین مدرک تحصیلی
- تصویر کارت ملی
- تصویر شناسنامه به همراه تصویر تمام صفحات آن
- تصویر سایرمدارک طبق مفاد آگهی حسب ضرورت
- فیش واریزی

۳/۳- به ثبت نام ناقص و یا ارسال مدارک ناقص ترتیب اثر داده نخواهد شد .

٤- زمان آزمون : کارت ورودبه جلسه آزمون صرفاً در تاریخ ۱۴۰۲/۱۰/۱۱ لغایت ۱۴۰۲/۱۰/۱۲ در محل فوق الذکر (شبکه بهدا شت درمان د شتستان واحد کارگزینی) از ساعت ۸ صبح الی ۱۳ توزیع خواهد شد.زمان آزمون و محل و ساعت برگزاری آزمون در هنگام توزیع کارت به اطلاع داوطلبان خواهد رسید.(داوطلبان می بایستی با در دست داشتن اصل شناسنامه یا کارت ملی در روزهای فوق الذکر مراجعه و نسبت به دریافت کارت ورود به جلسه اقدام نمایند./

۵-مواد امتحان :

۵/۱- امتحان تخصصی شامل سوالات مربوط با هر رشته شغلی مورد درخواست داوطلب به تعداد ۴۵ سوال به صورت چهار گزینه ای می باشد .ضمنا آزمون نمره منفی دارد.

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

۷- مدارک تحصـیلی بالاتر یا پائین‌تر از مقاطع تحصـیلی اعلام شـده درشـرایط احراز مشـاغل در آگهی اسـتخدامی و همچنین مدارک معادل، برای شرکت در امتحان و استخدام معتبر نمی‌باشد.

۷/۱- مسئولیت نا شی از عدم رعایت دقیق ضوابط و شرایط 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 می گردد.

۷/۲- هرگونه اطلاع رسانی درخصوص امتحان از طریق شبکه بهداشت و درمان شهرستان دشتستان خواهد بود وداوطلبان اطلاعات مورد نیاز خود را بدین طریق دریافت خواهند کرد.

۷/۳- 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.

۷/۴–انتخاب داوطلبان به ترتیب بالاترین نمره کل ماخوذه در آزمون در هر ر شته شغلی با رعایت ظرفیت پیش بینی شده می‌با شد. در مواردی که نمره کل دو داوطلب در یک ر شته شغلی یکسان و مازاد بر تعداد ظرفیت اعلام شده در آگهی استخدامی باشد، ملاک عمل نمره آزمون کتبی قرارمی گیرد وبعنوان نفر اصلی به گزینش معرفی می شودقرار خواهد گرفت.

۷/۵– شبکه بهدا شت و درمان شهر ستان د شتستان هیچ گونه تعهدی جهت تامین غذا، ایاب و ذهاب و مسکن پذیرفته شدگان ندارد.

۷/۶– داوطلبان بایستی به مبنای تاریخ های اشاره شده در آگهی توجه کافی داشته باشند.

۷/۷ – مبلغ واریزی جهت ثبت نام متقاضیان آزمون شرکتی ۵۰۰۰۰۰ هزار ریال به شماره حساب و شناسه واریز و شبا حساب بانک ملی ذیل می باشد.

نام سازمان	شماره حساب	شناسه واریز	شبا حساب
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر	٤٠٠١٠٨٠٨٠٣٠٢٥٣٤٨	٣٢٥٠٨٠٨٧٣١٢٤٠٠٤٠٠٠٠١٠٠١٥١٢١٣٠٩	IR٤٩٠١٠٠٠٠٤٠٠١٠٨٠٨٠٣٠٢٥٣٤٨

فرم درخواست شغل شبکه بهداشت و درمان شهرستان دشتستان

محل الصاق
عکس

دراین قسمت چیزی ننویسید

۱- نام خانوادگی :	۲- نام :
۳- نام پدر:	۴- جنس : ۱- مرد☐ ۲- زن☐
۵- تاریخ تولد : روز ماه سال	۶- محل تولد : استان : شهرستان : بخش : ۷ -محل سکونت فعلی: شهرستان : بخش :
۸- شماره شناسنامه :	۹- شماره ملی: / ۱۰- محل صدورشناسنامه:
۱۱- دین : مذهب :	۱۲-وضعیت تأهل: متأهل ☐ مجرد☐
۱۳- وضعیت نظام وظیفه : ۱- دارای کارت پایان خدمت ☐ ۲- دارای معافیت قانونی دائم ☐	
۱۴- سهمیه ها: ۱- سهمیه آزاد ☐ بومی☐	
۱۵- آخرین مدرک تحصیلی: دیپلم ☐ لیسانس ☐	
۱۶- رشته تحصیلی :	۱۷-گرایش تحصیلی : معدل :
	۱۸-استان محل تحصیل :
۱۹- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی : / /	۲۰- محل اخذ دیپلم :
۲۱- شغل مورد درخواست : (فقط یک شغل)	۲۲- محل جغرافیایی مورد تقاضا (فقط یک محل)
۲۳- نشانی کامل : محل سکونت :استان .....شهرستان .....خیابان ..... کوچه .....پلاک .....کدپستی .....شماره تلفن ثابت ..... کد شهر .....شماره تلفن همراه	
۲۴- شماره تلفن برای تماس ضروری :	
اینجانب ..... متقاضی شرکت در آزمون جذب .... ، شبکه بهداشت و درمان شهرستان دشتستان 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 .	
۲۶- تاریخ تنظیم فرم :	امضاء و اثرانگشت متقاضی