

## اطلاعیه

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

شبکه بهداشت و درمان شهرستان ورزقان به استناد دستورالعمل نسخه ۲۳ بیمه روستایی جهت اشتغال در مراکز سلامت روستایی ذیل از محل برنامه پزشک خانواده روستایی داوطلب می پذیرد.

ردیف	نام مرکز	عنوان شغلی	مدرک تحصیلی
۱	جوشین	کارشناس مراقب سلامت ناظر	کارشناسی بهداشت عمومی یا کارشناسی مامائی
۲	مسقران و تخمدل	کارشناس مراقب سلامت ناظر	کارشناسی بهداشت عمومی یا کارشناسی مامائی

### 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 بازخرید 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 داده‌اند به میزان انجام خدمت فوق

ج) مدت انجام خدمت دوره ضرورت آقایان

### **ج- شرایط اختصاصی داوطلبان:**

۱- دارا بودن مدرک تحصیلی کارشناس مامائی یا کارشناسی بهداشت عمومی (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 )

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 ماخذوه 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 .

۵ - 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 کارگزين شهرستان خواهد شد.

ز - ايثارگران و خانواده آنها با توجه به آيين نامه و قوانين موجود در اولويت پذيرش 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 سر پرست مبنی 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 ۴×۳ 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 ايثارگري ( 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 از مورخه ۱۴۰۳/۰۳/۱۶ لغایت تا پایان وقت اداری ۱۴۰۳/۰۳/۲۷ به واحد گسترش تحویل داده و رسید خواهد شد.

زمان برگزاری آزمون: روز چهارشنبه مورخ ۱۴۰۳/۰۳/۳۰ ساعت ۱۰ صبح

محل برگزاری آزمون: سالن کنفرانس ستاد شبکه بهداشت و درمان ورزقان

**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 ورزقان به آدرس: [www.varzghanphc.tbzmed.ac.ir](http://www.varzghanphc.tbzmed.ac.ir)

**( در صورت نیاز می توانید با واحد توسعه و گسترش شبکه بهداشت و درمان ورزقان به شماره تلفن ۴۴۵۵۰۲۴۱**

**تماس حاصل نمایید. )**

**فرم شماره ۱**

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

محل الصاق  
عکس

الف ( مشخصات شخصی - شناسنامه ای

نام : نام خانوادگی : شماره شناسایی ملی : نام پدر :  
 جنسیت : دین : مذهب :  
 شماره شناسنامه : محل صدور شناسنامه :  
 تاریخ تولد : (روز و ماه و سال) محل تولد :

ب ( مشخصات تحصیلی:

مدرک تحصیلی: رشته تحصیلی:  
 محل تحصیل : معدل کل فارغ التحصیلی :

ج ( وضعیت خدمت وظیفه عمومی

انجام داده  معافیت دائم  پزشکی  تکفل علت معافیت:.....

د) متقاضی استفاده از سهمیه ایثارگران

بلی  خیر 

نوع ایثارگری :

فرزند شهید یا جانباز بالای ۲۵٪ از کار افتاده کلی  جانباز، آزاده و رزمنده

**آخرین نشانی کامل محل سکونت داوطلب:****شماره تلفن همراه:****شماره 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 هر یک 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 رییس مرکز سلامت

مهر و امضای بهورز خانه بهداشت /مراقب سلامت پایگاه

: