

۳- نحوه ثبت نام ومدارک مورد نیاز

۳/۱- متقاضیان واجد شرایط ملزم هستند از تاریخ ۱۴۰۴/۰۹/۱۰ حداکثر تا پایان وقت اداری مورخه ۱۴۰۲/۰۹/۱۷ مدارک مورد نیاز ثبت نام را به واحد امور اداری شبکه بهداشت و درمان شهرستان جم تحویل دهند. آدرس: خیابان شهرداری /خیابان ایثار/پایین تر از شهرداری. شبکه بهداشت و درمان شهرستان جم - تلفن: ۰۹۳۹۲۱۶۷۹۸۴

۳/۲- مدارک مورد نیاز ثبت نام:

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

- گواهی پایان طرح یا معافیت از طرح برای فارغ التحصیلان الزامی می باشد.

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

۴- زمان آزمون: راس ساعت ۹. صبح. مورخ ۱۴۰۴/۰۹/۱۹

۵- مواد امتحان:

۵/۱- امتحان تخصصی شامل سوالات مربوط با رشته شغلی مورد درخواست داوطلب به صورت چهار گزینه ای می باشد. ضمناً آزمون نمره منفی ندارد.

۶- مدارک تحصیلی بالاتر یا پائین تر از مقاطع تحصیلی اعلام شده در شرایط احراز مشاغل در آگهی استخدامی و همچنین مدارک معادل، برای شرکت در امتحان و استخدام معتبر نمی باشد.

۶/۱- مسئولیت ناشی از عدم رعایت دقیق ضوابط و شرایط اعلام شده در متن آگهی برعهده 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 داوطلب از انجام مراحل بعدی محروم خواهد شد، حتی در صورت صدور قرارداد حکم مزبور لغو و بلااثر می گردد. ۶/۲- داوطلبان موظفند پس از اعلام اسامی طبق برنامه تنظیمی در مهلت مقرر (اعلام شده توسط کارگزینی شبکه بهداشت و درمان شهرستان جم در زمان تحویل مدارک به هسته گزینش دانشگاه مراجعه نمایند. در صورت عدم مراجعه فرد به مدت ده روز پس از کسب اطلاع و ابلاغ از سوی شبکه شهرستان، قبولی فرد کان لم یکن تلقی شده و از فرد ذخیره به جای وی به گزینش معرفی خواهد شد.

۶/۳- هرگونه اطلاع رسانی درخصوص امتحان از طریق شبکه بهداشت و درمان شهرستان جم به آدرس الکترونیکی <https://jamhc.bpums.ac.ir/fa/index.aspx> خواهد بود و داوطلبان اطلاعات مورد نیاز خود را بدین طریق دریافت خواهند کرد.

۶/۴- باتوجه به این که ملاک ثبت نام از متقاضیان تکمیل برگ درخواست شغل می باشد لازم است در تکمیل آن نهایت دقت را به عمل آورده و هیچگونه اصلاحاتی پس از ثبت نام قابل پذیرش نخواهد بود.

۶/۵- اعلام نتیجه براساس بالاترین نمره و اعمال سهمیه بومی در افراد واجد شرایط می باشد

۶/۶- شبکه بهداشت و درمان شهرستان جم هیچ گونه تعهدی جهت تامین غذا، ایاب و ذهاب و مسکن پذیرفته شدگان ندارد.

۶/۷- 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، معافیت دایم و پایان خدمت نظام وظیفه آخرین روز ثبت نام و ملاک محاسبه سن، اولین روز ثبت نام می باشد.

۷- مبلغ واریزی جهت ثبت نام متقاضیان آزمون پزشک خانواده 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
شبکه بهداشت و درمان شهرستان جم		387080873124004000010015121209	IR490100004001080803025348