اطلاعيه

آگهي پذيرش نیروی قراردادی از محل برنامه پزشکی خانواده روستایی

شبکه بهداشت و درمان شهرستان **اهر** به استناد دستورالعمل بیمه روستایی، جهت ارایه خدمات سلامت در مرکز سلامت روستایی از محل برنامه پزشکی خانواده روستایی داوطلب مي پذيرد:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ردیف | نام مرکز سلامت | مدرک تحصیلی |
| 1 | **مرکز جامع سلامت روستایی ورگهان** | **کارشناس بهداشت عمومی - مامایی – پرستاری -محیط** |
|  |  |  |

**شرايط ثبت نام**

**شرایط عمومی داوطلبان :**

1 - اعتقاد به دين مبين اسلام يا يكي از اديان شناخته شده در قانون اساسي كشور

2 - داشتن تابعيت نظام جمهوري اسلامي ايران

3 - التزام به قانون اساسي جمهوري اسلامي ايران

4 - داشتن كارت پايان خدمت وظيفه عمومي يا معافيت دائم از خدمت ( ويژه آقایان )

( معافیت پزشکی در صورتی پذيرفته خواهد شد که بر اساس اعلام شورای پزشكي دانشگاه و تأیید حوزۀ معاونت بهداشت با وظایف محوله منافات نداشته باشد.)

5 - عدم اعتياد به دخانيات و مواد مخدر و روانگردان

6 - عدم سابقه محكوميت جزائي مؤثر

7 - داشتن سلامت جسماني و رواني، اجتماعي و توانايي براي انجام كار (به تائید پزشک معتمد شهرستان)

8 - نداشتن سابقه اخراج از واحد هاي دانشگاه علوم پزشکی

9 - داوطلبان نبايد مستخدم رسمي، ثابت و پيماني و يا باز خريد خدمت ساير دستگاه هاي دولتي باشند.

10 - نداشتن منع استخدام در دستگاه های دولتی به موجب آرای مراجع قانونی

11 – دارا بودن حداقل 20 و حداکثر 35 سال سن

تبصره : موارد ذيل به شرط ارائه تائيديه هاي معتبر به حداكثر سن مقرر اضافه مي گردد.

الف) ایثارگران و خانواده آنها با توجه به آیین نامه و قوانین موجود

ب) داوطلباني كه طرح خدمت نيروي انساني موظف را به استناد قانون خدمت پزشكان و پيراپزشكان انجام داده‌اند به ميزان انجام خدمت فوق و یا خدمت به صورت قرارداد شرکتی در واحدهای تابعه علوم پزشکی

ج) مدت انجام خدمت دوره ضرورت آقايان

**ج- شرایط اختصاصی داوطلبان:**

1 – دارا بودن مدرک تحصیلی کارشناس مامائی - بهداشت عمومی – پرستاری – بهداشت محیط (به مدارک سایر رشته های تحصیلی ترتیب اثر داده نخواهد شد )

2 - شرکت داوطلبانی که در حال گذراندن طرح نیروی انسانی می باشند در آزمون با رعایت مقررات اداری بلامانع است.

3- 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 2 امتیاز ) 20 امتیاز

ب – گذراندن طرح نیروی انسانی یا سابقه خدمت در حوزه بهداشت ( برای هر سال 2 امتیاز ) 4 امتیاز

ج – داشتن تشویق از واحدهای دانشگاهی بعلت کار شاخص بهداشتی درمانی 1 امتیاز

**د - نحوه سنجش میزان آمادگی داوطلبان:**

به منظور سنجش توانمندي هاي عمومي و تخصصي آزمونهايي به شرح ذيل از داوطلبان به عمل خواهد آمد.

الف – برگزاری سنجش کتبی توانمندی داوطلبان ( این سنجش 50 امتیاز خواهد داشت )

( منابع آزمون : کتابها و دستورالعمل های بهورزی قابل دسترسی در سایت معاونت بهداشت علوم پزشکی تبریز )

تبصره : در صورتی که تعداد داوطلبین از تعداد نیروی انسانی مورد نیاز کم باشد نیاز به آزمون کتبی نبوده و متقاضیان وارد مرحله مصاحبه تخصصی خواهند شد .

ب – برگ آزمون کتبی داوطلبان پس از خاتمه جلسه ارزیابی جمع آوری و توسط کمیته پذیرش 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، دو برابر نفرات مورد نیاز به ترتیب نمره فضلی جهت انجام مصاحبه تخصصی داوطلبان در رابطه با وظایف تخصصی، به كميته پذيرش نیروی انسانی از محل برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی شهرستان معرفی خواهند شد .

ه – مصاحبه تخصصی توسط کمیته پذیرش انجام خواهد گرفت و دارای 25 امتیاز می باشد .

و- نتایج نمرات مصاحبه تخصصی، 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 هسته گزینش و ... ) تحویل کارگزین شهرستان خواهد شد.

ز - ایثارگران و خانواده آنها با توجه به آیین نامه و قوانین موجود در اولویت پذیرش 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

**مدارك مورد نياز:**

* + تقاضاي كتبي و درخواست ثبت نام
  + رضايت نامه سر پرست مبنی بر موافقت برای خدمت مطابق دستورعمل های وزارت بهداشت ( برای واجدین شرایط مؤنث)
  + اصل و تصوير مدرك تحصيلي
  + اصل و تصوير تمام صفحات شناسنامه
  + اصل و تصوير كارت ملي
  + 2 قطعه عكس 4🞨3 كه مشخصات داوطلب در پشت آن نوشته شده باشد.
  + تائيديه سكونت داوطلب درمحل از طرف مرکز سلامت (ارائه این مدرک اختیاری است)
  + گواهي پايان خدمت دوره ضرورت يا معافيت قانونی برای آقایان
  + تائيديه سلامت جسمي و رواني توسط پزشک مرکز بهداشتی و درمانی( بعد از قبولی )
  + گواهي عدم سوء پيشينه ( بعد از قبولی )
  + گواهي عدم اعتياد ( بعد از قبولی )
  + گواهی ایثارگری ( 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 .

**تذکر بسیار مهم : قراردادهای بیمه روستایی همانند سایر اعضا تیم سلامت به صورت سالانه می باشد .**

**به همین منظور لازم است داوطلبین پذیرفته شده قبل از شروع به کار نسبت به اخذ تعهد نامه محضری اقدام و به شبکه بهداشت و درمان تحویل نمایند**

**نحوه ارسال مدارک**

مدارک کامل در پاکت a4 قرار داده و از مورخه 01/07/1404 لغایت تا پایان وقت اداری30/07/1404 به واحد گسترش تحویل داده و رسید دریافت خواهد شد.

تاریخ برگزاری آزمون کتبی و مصاحبه : روز 03/09/1404مورخ 03/09/1404

ساعت و محل برگزاری آزمون: متعاقبا اعلام خواهد شد.

**جهت اطلاع از متن کامل آگهی به سایت های ذیل می توانید مراجعه نمائید:**

1. سایت دانشگاه علوم پزشکی تبریز به آدرس: [www.tbzmed.ac.ir](http://www.tbzmed.ac.ir-)
2. سایت معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به آدرس: [www.eazphcp.tbzmed.ac.ir](http://www.eazphcp.tbzmed.ac.ir)
3. سایت شبکه بهداشت و درمان اهر به آدرس: [www.info@ahar.tbzmed.ac.ir](http://www.info@ahar.tbzmed.ac.ir)
4. **( در صورت نیاز می توانید با واحد توسعه و گسترش شبکه بهداشت و درمان اهر به شماره تلفن 04144227870 تماس حاصل نمائید. )**

|  |
| --- |
| فرم شماره 1  **تقاضای ثبت نام برای اشتغال در رشته .............................. محل .................................** |
| الف ) مشخصات شخصي- شناسنامه اي  محل الصاق عكس  نام : نام خانوادگي : شماره شناسايي ملي : نام پدر :  جنسيت : دين: مذهب:  شماره شناسنامه : محل صدور شناسنامه :  تاريخ تولد : (روز و ماه و سال) محل تولد : |
| ب ) مشخصات تحصيلي:  مدرك تحصيلي: رشته تحصيلي:  محل تحصيل : معدل كل فارغ التحصيلي : |
| ج ) وضعيت خدمت وظيفه عمومي  🞏 انجام داده 🞏 معافيت دائم 🞏 پزشكي 🞏 تكفل علت معافيت:...................................... |
| د) متقاضي استفاده از سهميه ايثارگران  بلي 🞏 خير 🞏  نوع ايثارگري :  فرزند شهيد یا جانباز بالای 25% از کار افتاده کلی 🞏 جانباز، آزاده و رزمنده 🞏 |
| آخرين نشاني كامل محل سكونت داوطلب:    شماره تلفن همراه: شماره تلفن ثابت:  اينجانب .......................................كليه شرايط و مفاد اين آگهي را مطالعه نموده و صحت كليه موارد بالا را تائيد مي نمايم. و در صورتی که در هریک از مراحل پذیرش خلاف اظهارات من ثابت گردد قبولی اینجانب حتی پس از صدور حکم قرارداد باطل خواهد شد .    نام نام خانوادگي  تاريخ ومحل امضاء |

|  |
| --- |
| فرم شماره 2  **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 مرکز خدمات جامع سلامت مهر و امضای رییس مرکز بهداشت شهرستان  : |