اطلاعيه

آگهي پذيرش نیروی قراردادی از محل برنامه پزشک خانواده روستایی

شبکه بهداشت و درمان شهرستان **خداآفرین** به استناد دستورعمل نسخه 22 بیمه روستایی جهت اشتغال در مراکز سلامت روستایی ذیل از محل برنامه پزشک خانواده روستایی داوطلب مي پذيرد.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام مرکز خدمات جامع سلامت | عنوان شغلی | مدرک تحصیلی |
| 1 | شبانه روزی شهری روستایی لاریجان | پرستار | کارشناس پرستاری |

**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 برادران)

 ( 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 بازخريد 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

ج) مدت انجام خدمت دوره ضرورت آقايان

**ج- شرایط اختصاصی داوطلبان:**

1 – دارا بودن مدرک تحصیلی لیسانس پرستاری (به مدارک پایین تر و سایر رشته های تحصیلی ترتیب اثر داده نخواهد شد )

2 - شرکت داوطلبانی که در حال گذراندن طرح نیروی انسانی می باشند در آزمون ممنوع 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 نمره خواهد داشت )

( منابع آزمون رشته پرستاری: کتاب کمک های اولیه ( نویسنده : زهرا استادی – طاهره توفیقیان )

تبصره : در صورتی که تعداد داوطلبین هر رشته از تعداد نیروی 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 با وظایف تخصصی، به كميته پذيرش نیروی انسانی از محل برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی استان معرفی خواهند شد .

 ه – بررسی مهارتهای عملی توسط کمیته پذیرش استان در معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی انجام خواهد گرفت . این آزمون 25 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 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 مردان
	+ 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 .

**نحوه ارسال مدارک**

مدارک کامل در پاکت a4 قرار داده واز مورخه 07/05/1402 لغایت پایان وقت اداری 12/05/1402 به مسئول واحد گسترش تحویل داده و رسید خواهد شد.

زمان برگزاری آزمون: 15/05/1402

محل برگزاری آزمون: شهرستان خداآفرین-شهر خمارلو –سالن اجتماعات شبکه بهداشت و درمان شهرستان خداآفرین- ساعت 10 صبح

منابع آزمون: کتاب کمک های اولیه ( نویسنده : زهرا استادی – طاهره توفیقیان )

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 خداآفرین به آدرس: www.khodaafarin.tbzmed.ac.ir

**( در صورت نیاز می توانید با واحد توسعه و گسترش شبکه بهداشت و درمان خداآفرین به شماره تلفن 44663046 تماس حاصل نمائید. )**

|  |
| --- |
| فرم شماره 1**تقاضای ثبت نام برای اشتغال در رشته .............................. محل .................................** |
| الف ) مشخصات شخصي- شناسنامه ايمحل الصاق عكسنام : 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 خانوادگيتاريخ 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 رییس مرکز سلامت : |