

## اطلاعیه

آگهی پذیرش نیروی قراردادی از محل برنامه پزشکی خانواده روستایی

شبکه بهداشت و درمان شهرستان **ورزقان** به استناد دستورالعمل نسخه ۲۲ بیمه روستایی جهت اشتغال در مراکز سلامت روستایی ذیل از محل برنامه پزشکی خانواده روستایی داوطلب می پذیرد.

ردیف	نام مرکز	عنوان شغلی	مدرک تحصیلی
۱	جوشین	ماما	کارشناس 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 با خرید 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 داده اند به میزان انجام خدمت فوق

ج) مدت انجام خدمت دوره ضرورت آقایان

#### ج- شرایط اختصاصی داوطلبان:

- ۱ - دارا بودن مدرک تحصیلی کارشناس مامائی (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 )
- ( منابع آزمون رشته مامایی : کتاب میانسال ، بوکلت مادران ، کتاب شیر مادر ، کتاب سلامت باروری )
- 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 مآخذه 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 پزشکی 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 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 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 هر یک 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 سرپرست مبنی بر موافقت برای خدمت مطابق دستور عمل 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 ۳×۴ 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 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 و از مورخه ۱۴۰۲/۰۸/۲۰ لغایت تا پایان وقت اداری ۱۴۰۲/۰۸/۳۰ به واحد گسترش تحویل داده و رسید خواهد شد.

زمان برگزاری آزمون: روز شنبه مورخ ۱۴۰۲/۰۹/۴

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

منابع آزمون: کتاب میانسال ، بوکلت مادران ، کتاب شیر مادر ، کتاب سلامت باروری

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: [eazphcp.tbzmed.ac.ir](http://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 :

شماره شناسنامه : محل صدور شناسنامه :

تاریخ تولد : (روز و ماه و سال)

محل تولد :

ب ( مشخصات تحصیلی:

رشته تحصیلی:

مدرك تحصیلی:

معدل كل فارغ التحصیلی :

محل تحصیل :

ج ( وضعیت خدمت ووظیفه 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

تائید 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 و محل 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

: