

## اطلاعیه

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

شبکه بهداشت و درمان شهرستان بستان آباد به استناد دستورعمل نسخه ۲۳ بیمه روستایی جهت اشتغال در مراکز سلامت شهری روستایی و روستایی از محل برنامه پزشک خانواده روستایی داوطلب می پذیرد.

ردیف	نام مرکز	عنوان شغلی	مدرک تحصیلی
۱	مرکز شهری روستایی تیکمه داش و خانه بهداشت شیروانده	مراقب سلامت - ماما	کارشناس مامایی

### 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 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 کارشناسی (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 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 .

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 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 .

خ- تعداد روز حضور در خانه بهداشت شیروانده با توجه به نیاز شبکه و براساس تصمیم گیری مرکز بهداشت شهرستان خواهد بود.

### **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.
- تأییدیه سکونت داوطلب در محل از طرف مرکز سلامت (ارائه این مدرک اختیاری است)
- گواهی پایان خدمت دوره ضرورت یا معافیت قانونی برای مردان
- تأییدیه 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 تا ۱۴۰۳/۰۵/۳۱ به مسئول واحد گسترش تحویل داده و رسید

خواهد شد

**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 بستان آباد به آدرس: [www.bostanabad.tbzmed.ac.ir](http://www.bostanabad.tbzmed.ac.ir)

( در صورت نیاز می توانید با واحد توسعه و گسترش شبکه بهداشت و درمان بستان آباد به شماره تلفن ۴۳۳۳۰۵۷۱

و تلفن همراه ۰۹۱۴۷۵۸۷۷۳۵ (آقای درخشان) تماس حاصل نمایید. )

**زمان برگزاری آزمون**

**۱۴۰۳/۰۶/۰۶**

**محل برگزاری آزمون**

**مرکز بهداشت شهرستان بستان آباد**

**منابع آزمون**

**کتاب میانسال ، بوکت مادران ، کتاب شیر مادر ، کتاب سلامت باروری**

**فرم شماره ۱**

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

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 :

محل الصاق  
عکس

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 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

: