

## اطلاعیه

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

شبکه بهداشت و درمان شهرستان هریس به استناد دستورالعمل بیمه روستایی، جهت ارائه خدمات بهداشت محیط در مرکز بهداشتی از محل برنامه پزشکی خانواده روستایی داوطلب می پذیرد:

| ردیف | نام مرکز                     | مدرک تحصیلی          |
|------|------------------------------|----------------------|
| ۱    | مرکز خدمات جامع سلامت بخشایش | کارشناسی بهداشت محیط |

### 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 آقایان)  
( 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 باز 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 داده‌اند به میزان انجام خدمت فوق و یا خدمت به صورت قرارداد شرکتی در واحدهای تابعه علوم پزشکی

ج) مدت انجام خدمت دوره ضرورت آقایان

### ج- شرایط اختصاصی داوطلبان:

- ۱- دارا بودن مدرک تحصیلی کارشناس بهداشت محیط (به مدارک سایر رشته های تحصیلی ترتیب اثر داده نخواهد شد)
- ۲- شرکت داوطلبانی که در حال گذراندن طرح نیروی انسانی می باشند در آزمون با رعایت مقررات اداری بلامانع 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 بعثت 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 امتیاز خواهد داشت )
- ( منابع آزمون : کتابها و دستورالعمل های بهداشت محیط 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 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 ، دو برابر نفرات مورد نیاز به ترتیب نمره فضلی جهت انجام مصاحبه تخصصی داوطلبان در رابطه با وظایف تخصصی، به کمیته پذیرش 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 ۲۵ 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

### **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 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 آقایان
- 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 .

**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 ۱۴۰۴/۸/۱۰ لغایت تا پایان وقت اداری ۱۴۰۴/۸/۲۵**

**به واحد گسترش تحویل داده و رسید دریافت نمایید.**

**زمان برگزاری آزمون : اعلام خواهد شد**

**محل برگزاری آزمون: اعلام 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 شبکه بهداشت و درمان شهرستان هریس <https://heris.tbzmed.ac.ir>

۳- سایت معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به آدرس: [www.eazphcp.tbzmed.ac.ir](http://www.eazphcp.tbzmed.ac.ir)

۴- ( در صورت نیاز می توانید با واحد توسعه و گسترش شبکه بهداشت و درمان هریس به شماره تلفن ۰۴۱۴۳۴۳۵۴۸۵ و

۴۳۴۳۴۴۲۵ 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 :

تاریخ تولد : (روز و ماه و سال) محل تولد :

ب ( مشخصات تحصیلی:

مدرک تحصیلی:

محل تحصیل :

رشته تحصیلی:

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 هریک 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 مرکز خدمات جامع سلامت

مهر و امضای رییس مرکز بهداشت شهرستان

: