

باسمه تعالی

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل برای تامین نیروی انسانی مورد نیاز مراکز خدمات جامع سلامت روستایی شهرستان های تابعه به صورت قرارداد برنامه پزشک خانواده روستایی طبق شرایط زیر نیرو جذب می کند :

۱- شرایط عمومی:

۱/۱- اعتقاد به دین مبین اسلام یا یکی از ادیان رسمی کشور مصرح در قانون اساسی

۱/۲- داشتن تابعیت ایران

۱/۳- داشتن کارت پایان خدمت و وظیفه عمومی یا معافیت دائم غیر پزشکی (ویژه برادران).

توضیح: معافیت پزشکی در صورتی که مانع از انجام وظایف محوله نباشد بلا مانع است .

۱/۴- عدم اعتیاد به دخانیات و مواد مخدر و روانگردان

۱/۵- عدم سابقه محکومیت کیفری موثر

۱/۶- التزام به قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران

۱/۷- بومی استان اردبیل

۲- شرایط اختصاصی :

۲/۱- داشتن سن حداکثر ۳۰ سال تمام برای شرکت کنندگان فوق دیپلم و ۳۵ سال سن برای شرکت کنندگان لیسانس و بالاتر
۲/۲- داوطلبان باید بومی منطقه یا استان باشند. داوطلبان بومی هر منطقه (محل درخواست شغل) از امتیاز بیشتری برابر جدول شرایط اختصاصی برخوردار هستند.

۲/۳- **داوطلب بومی** به افرادی اطلاق می گردد که واجد یکی از شرایط ذیل باشند:

الف) حداقل در ۳ سال اخیر (تا اولین روز ثبت نام) به طور مداوم در استان، شهرستان و منطقه محل درخواست ساکن بوده باشند

تبصره ۱) تایید بومی بودن داوطلب توسط خانه بهداشت، پایگاه سلامت و مرکز خدمات جامع سلامت مربوطه و مدیریت شبکه بهداشت و درمان شهرستان مربوطه خواهد بود.

ب) سکونت داوطلب به مدت سه سال مورد تایید خانه بهداشت یا پایگاه سلامت منطقه باشد.

تبصره ۱) رفت و آمد به محل مورد تقاضا دلیل و ملاک سکونت نمی باشد.

۲/۴- داوطلبان مشمول قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان در رشته های اجباری می بایست دارای معافیت و یا گواهی انجام خدمت مربوطه باشند. (مشمولینی که طرح خود را به اتمام رسانده و تمدید طرح نموده اند به شرط ارائه گواهی تمدید طرح برای شرکت در آزمون معنی ندارند، بدیهی است این دسته از داوطلبان در صورت پذیرفته شدن بایستی اتمام طرح گرفته و در محل خدمت پذیرفته شده شروع به کار نمایند)

۲/۵- افراد غیر بومی حق شرکت در آزمون را ندارند. و در صورت محرز شدن غیر بومی بودن، در هر مرحله از روند جذب، حتی بعد از بکار گیری، اشتغال نامبرده کان لم یکن خواهد شد.

۲/۶- این آزمون هیچ گونه تعهد استخدامی برای شبکه بهداشت و درمان شهرستان و دانشگاه علوم پزشکی ایجاد نمی کند.

۳- سئوالات امتحانی عبارتند از :

۳/۱- ۵۰ سوال تخصصی بر اساس عنوان رشته شغلی مندرج در آگهی

۳/۲- ۱۰ سوال عمومی در مورد اطلاعات کامپیوتر برای کلیه رشته های شغلی

۳/۳- تمامی سوالات به صورت چهارگزینه ای می باشد.

۴- نحوه ثبت نام و ارائه مدارک مورد نیاز

۴/۱- متقاضیان واجد شرایط ملزم هستند از روز شنبه مورخه ۱۳۹۷/۰۶/۳۱ حداکثر تا روز سه شنبه مورخه ۱۳۹۷/۰۷/۱۰ مدارک مورد نیاز را به شبکه بهداشت و درمان شهرستان مربوطه تحویل و رسید دریافت نمایند.

۴/۲- مدارک مورد نیاز جهت ثبت نام مقدماتی:

- الف) تکمیل برگ درخواست شغل
- ج) یک قطعه عکس ۳×۴ زمینه سفید
- د) تصویر آخرین مدرک تحصیلی
- ه) تصویر تمام صفحات شناسنامه
- و) تصویر کارت ملی
- ز) تصویر اتمام طرح یا گواهی تمدید طرح (برای رشته دارای طرح اجباری)
- ح) تصویر گواهی سابقه خدمت مرتبط با شغل درخواستی
- ح) فرم تکمیل شده تاییدیه بومی بودن

۴/۳- به ثبت نام ناقص و یا مدارک ارسالی ناقص ترتیب اثر داده نخواهد شد.

۵- تذکرات

۵/۱- مدارک تحصیلی بالاتر یا پائین تر از مقاطع تحصیلی اعلام شده در شرایط احراز مشاغل در آگهی بکارگیری و همچنین مدارک معادل، برای شرکت در امتحان و شغل مورد تقاضا معتبر نمی باشد.

۵/۲- مسئولیت ناشی از عدم رعایت دقیق ضوابط و شرایط اعلام شده در متن آگهی برعهده داوطلب خواهد بود و در هر مرحله از مراحل ثبت نام، امتحان و جذب محرز شود که داوطلب اطلاعات خلاف داده یا فاقد شرایط مندرج در آگهی است داوطلب از انجام مراحل بعدی محروم خواهد شد، حتی در مرحله انعقاد قرارداد و حین خدمت، قرارداد مزبور لغو و از ادامه خدمت کنار گذاشته خواهد شد.

۵/۳- انتخاب داوطلبان به ترتیب بالاترین امتیاز اخذ شده نهایی آزمون کتبی و امتیاز شرایط اختصاصی داوطلبان بر اساس جدول شرایط اختصاصی خواهد بود.

۵/۴- داوطلبان موظفند پس از اعلام اسامی پذیرفته شدگان مرحله اول طبق برنامه اعلام شده توسط شبکه بهداشت و درمان شهرستان در مهلت مقرر به هسته گزینش دانشگاه برای تکمیل پرونده گزینشی مراجعه نمایند. در صورت عدم مراجعه، تا مدت ۱۰ روز بعد از معرفی، قبولی فرد کان لم یکن تلقی شده و از افراد ذخیره به جای وی به گزینش معرفی خواهد شد.

۵/۵- پذیرفته شدگان اصلی پس از اعلام نهایی حداکثر ۷ روز فرصت خواهند داشت جهت تکمیل مدارک و طی مراحل قانونی و اداری به شبکه بهداشت و درمان شهرستان مربوطه مراجعه نمایند.

۵/۶- پذیرفته شدگان نهایی متعهد می شوند در محل مورد تقاضا خدمت نمایند و جابجایی، ادامه تحصیل و انتقال داوطلبان به هیچ وجه امکان پذیر نخواهد بود. در صورت عدم رعایت این بند شبکه بهداشت و درمان مجاز به لغو قرارداد می باشد.

۵/۷- اخذ حداقل ۶۰٪ امتیاز آزمون کتبی برای داوطلبان الزامی بوده در غیر این صورت پذیرش نخواهند شد.

۵/۸- تمامی پذیرفته شدگان نهایی موظفند در دوره آموزشی اعلام شده توسط مرکز بهداشت استان شرکت نموده و باکسب ۷۰٪ نمره آزمون نظری و ۷۵٪ نمره آزمون عملی (در صورت وجود آزمون عملی) گواهینامه آموزشی پایان دوره دریافت نمایند.

۵/۹- هرگونه اطلاع رسانی در خصوص آزمون از طریق شبکه بهداشت و درمان شهرستان مربوطه خواهد بود و داوطلبان اطلاعات مورد نیاز خود را ازاین طریق دریافت خواهند نمود.

۶- زمان ومحل توزیع کارت

۶/۱- زمان و مکان توزیع کارت ورود به جلسه برگزاری آزمون از طریق شبکه بهداشت شهرستان مربوطه اعلام خواهد شد.
۶/۲- زمان ومحل برگزاری آزمون در هنگام توزیع کارت به اطلاع داوطلبان خواهد رسید .

در این قسمت چیزی ننویسد

۱- نام خانوادگی :		۲- نام :	
۳- نام پدر:		۴- جنس : ۱- مرد <input type="checkbox"/> ۲- زن <input type="checkbox"/>	
۵- تاریخ تولد : روز ماه سال		۶- محل تولد : استان : شهرستان : بخش :	
۷- شماره شناسنامه :		۸- شماره ملی:	
۱۰- دین :		۱۱- وضعیت تأهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>	
۱۲- وضعیت نظام وظیفه : ۱- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> ۲- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/>			
۱۳- آخرین مدرک تحصیلی: دیپلم <input type="checkbox"/> کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> دکتری <input type="checkbox"/>			
۱۴- رشته تحصیلی :		۱۵- گرایش تحصیلی : معدل :	
۱۶- دانشگاه محل تحصیل :		۱۷- استان محل تحصیل :	
۱۸- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی : / / ۱۳		۱۹- وضعیت نوشتن: راست دست <input type="checkbox"/> چپ دست <input type="checkbox"/>	
۲۰- شغل مورد تقاضا (فقط یک شغل):		۲۱- محل مورد تقاضا (فقط یک محل) :	
۲۲- بومی محل مورد تقاضا : بومی شهرستان <input type="checkbox"/> بومی استان <input type="checkbox"/> بومی منطقه <input type="checkbox"/> افراد غیر بومی <input type="checkbox"/>			
۲۳- نشانی کامل : محل سکونت : استان شهرستان خیابان کوچه پلاک کدپستی شماره تلفن ثابت کد شهر شماره تلفن همراه			
۲۴- شماره تلفن برای تماس ضروری :			
اینجانب متقاضی شرکت در آزمون پذیرش نیروی انسانی شبکه بهداشت و درمان شهرستان متن آگهی مربوطه را با دقت و به طور کامل مطالعه و سپس تقاضای فوق را تکمیل نموده ام و مسئولیت صحت کلیه مندرجات آن را به عهده می گیرم. در صورت اثبات خلاف اظهارات اینجانب در هر مقطع زمانی (قبل و بعد از اشتغال) هر گونه حقی را برای جذب و اشتغال در آن شبکه از خود سلب می نمایم .			
۲۵- تاریخ تنظیم فرم :		امضاء و اثر انگشت متقاضی	

جدول شرایط امتیازات اختصاصی داوطلبان بکارگیری نیروی مورد نیاز برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در سال ۱۳۹۷

نام و نام خانوادگی:		رشته مورد تقاضا:		مرکز مورد تقاضا:	
شرایط عمومی:	توضیحات	استاندارد	امتیاز		
سکونت	استان	استان اردبیل	۰		
	شهرستان	شهرستان مربوطه	۵		
	محل جغرافیایی	محل استقرار مرکز	۸		
سوابق خدمت طرح یا غیر طرحی	حوزه درمان	گواهی پایان طرح یا گواهی خدمت مرتبط با شغل درخواستی	۲		
	حوزه بهداشت (ستاد)		۰		
	حوزه بهداشت (شهر)		۴		
	حوزه بهداشت (روستا)		۵		
مدرک تحصیلی	کاردان		۲		
	کارشناس		۴		
تاهل	مجرد	کپی سند ازدواج و صفحه	۰		
	متاهل	دوم شناسنامه	۵		
اولویت جنس	مراقب سلامت ناظر	مرد	۵		
		زن	۰		
	بهداشت محیط (سرعین)	زن	۰		
		مرد	۰		
		زن	۰		
علوم آزمایشگاهی		۰			
آزمون علمی	نمره کتبی	تصحیح اوراق پاسخنامه	۵۰		
جمع					

بسمه تعالی

**گواهی سکونت متقاضیان شرکت در آزمون بکارگیری نیروی انسانی برنامه پزشک خانواده و بیمه
روستایی**

اینجانب.....بهورز خانه بهداشت روستای
..... / مراقب سلامت پایگاه بهداشت..... گواهی و تایید می نمایم
آقای/خانم فرزند.....به شماره شناسنامهو به شماره کد ملی
..... و شماره خانوار در حال حاضر و حداقل از سه سال پیش در این روستا / شهر سکونت مستمر داشته
است .

نام و نام خانوادگی ، مهر و امضای بهورز خانه بهداشت / مراقب سلامت پایگاه

نام و نام خانوادگی و مهر و امضای مدیر شبکه بهداشت و درمان / رئیس مرکز بهداشت شهرستان

۱- این گواهی بدون مهر و امضای خانه بهداشت / پایگاه و مدیر شبکه بهداشت و درمان / رئیس مرکز بهداشت
شهرستان فاقد اعتبار بوده و در چنین صورتی برای ثبت نام کنندگان کارت ورود به جلسه آزمون صادر نخواهد شد .