

« بسمه تعالی »

## « آگهی پذیرش نیروی شرکته »

شرکت خدماتی غیردولتی طرف قرارداد با دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی گراش در نظر دارد برای تکمیل نیروی مورد نیاز خود در مرکز آموزشی درمانی امیرالمومنین علی (ع) از طریق برگزاری مصاحبه تخصصی به استناد مجوز شماره ۹۶/د/۴۰۰/۹۳۳ مورخ ۹۶/۰۳/۲۲ معاونت محترم توسعه تعداد ۴ نفر از افراد واجدالشرايط را بصورت شرکته با در نظر گرفتن شرايط مندرج در ذیل بکارگیری نماید.

ردیف	عنوان	تعداد	جنسیت		شرايط احراز
			مرد	زن	
۲	متصدی امور پذیرش	۴	*	*	دارا بودن مدرک کارشناسی در تمام رشته ها

### ۱- شرايط عمومی پذیرش :

- ۱/۱- تدین به دین مبین اسلام یا یکی از ادیان رسمی کشور مصرح در قانون اساسی
- ۱/۲- تابعیت نظام جمهوری اسلامی ایران
- ۱/۳- داشتن کارت پایان خدمت و وظیفه عمومی یا معافیت دائم از خدمت (ویژه برادران)
- ۱/۴- عدم اعتیاد به دخانیات و مواد مخدر
- ۱/۵- عدم سابقه محکومیت جزایی موثر
- ۱/۶- داشتن سلامت جسمانی و روانی و توانایی برای انجام کاری که به خدمت گرفته می شوند
- ۱/۷- نداشتن منع استخدام در دستگاههای دولتی بموجب آرای مراجع قانونی
- ۱/۸- داوطلبان نباید مستخدم رسمی، ثابت و پیمانی سایر دستگاههای دولتی و یا بازخرید خدمت باشند.
- ۱/۹- التزام به قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران

### ۲- شرايط اختصاصی پذیرش :

- \* دارا بودن مدرک ICDEL از مراکز مورد تایید
- تبصره: دارندگان مدارک کارشناسی کامپیوتر نیاز به ارائه مدرک ICDEL نمی باشد
- \*- داشتن حداکثر ۳۵ سال
- \* افراد بومی و اینثارگران شهرستان گراش در اولویت هستند
- ۳- نحوه ثبت نام و مدارک مورد نیاز
- ثبت نام به صورت حضوری در دفتر مدیریت پشتیبانی دانشکده به شرح ذیل انجام می گیرد.
- ۳/۱- مدارک مورد نیاز ثبت نام مقدماتی
  - \* تکمیل برگ درخواست شغل (دریافتی از سایت دانشکده یا حضوری)
  - \* فتوکپی تمام صفحات شناسنامه
  - \* فتوکپی کارت ملی
  - \* ۳ قطعه عکس ۳×۴
  - \* فتوکپی مدارک تحصیلی
  - \* فتوکپی کارت پایان خدمت جهت آقایان
  - \* گیره و پوشه

۳/۲- مدارک مورد نیاز پس از قبولی:

داوطلبان قبول شده در مرحله اول امتحان موظف هستند مدارک را ظرف مدت ۳ روز کاری پس از اعلام نتایج از سوی دانشکده به همراه اصل مدارک به کارگزینی دانشکده حضوراً ارائه نمایند. دانشکده موظف است کلیه تصاویر مدارک را با اصل آنها مطابقت داده و برابر با اصل نماید

- اصل به همراه تصویر آخرین مدرک تحصیلی

- اصل به همراه تصویر کارت ملی

- اصل به همراه تصویر تمام صفحات شناسنامه

- اصل به همراه تصویر کارت پایان خدمت نظام وظیفه عمومی یا معافیت دائم (ویژه برادران)

اصل به همراه تصویر مدارک دال بر ایثارگری، معلولین عادی حسب مورد از مراجع ذیربط

۴- نحوه ثبت نام ومهلت ثبت نام

۴/۱- متقاضیان واجد شرایط ملزم هستند حداکثر تا تاریخ ۹۶/۰۷/۰۴ نسبت به ثبت نام حضوری به آدرس دانشکده علوم پزشکی گراش - دفتر مدیریت پشتیبانی اقدام نمایند.

۴/۲- به ثبت نام ناقص ویا ارسال مدارک ناقص ترتیب اثر داده نخواهد شد

۵- زمان ومحل مصاحبه:

روز چهارشنبه مورخ ۱۳۹۶/۰۷/۰۵ ساعت ۹ در سالن کنفرانس دانشکده علوم پزشکی گراش .

- اخذ تائیدیه مدارک تحصیلی متقاضیان در صورت پذیرفته شدن از سوی دانشگاه ها الزامی است.

تبصره : داوطلبان موظفند پس از اعلام اسامی پذیرفته شدگان طبق برنامه تنظیمی برای تکمیل پرونده گزینشی اقدام نمایند. در صورت عدم مراجعه ، قبولی فرد کان لم یکن تلقی شده واز افراد ذخیره بجای وی به گزینش معرفی خواهد شد .

- باتوجه به این که ملاک ثبت نام از متقاضیان تکمیل برگ درخواست شغل می باشد لازم است در تکمیل آن نهایت دقت را به عمل آورده وهیچگونه اصلاحاتی پس از ثبت نام قابل پذیرش نخواهد بود.

جهت کسب اطلاعات بیشتر به دفتر پشتیبانی دانشکده مراجعه یا با شماره ۵۲۴۴۸۱۰۰

(مهندس غلامرضا خوشبخت) تماس حاصل نمایید.

**وب سایت دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش**

**[www.gerums.ac.ir](http://www.gerums.ac.ir)**

در این قسمت چیزی ننویسید

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 تاهل: متاهل <input type="checkbox"/> ۲- 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- وضعیت ایثارگری:			
۱- <input type="checkbox"/> جانباز درصد جانبازی ..... درصد			
۲- <input type="checkbox"/> رزمنده (برای حداقل ۶ ماه حضور داوطلبانه در جبهه) مدت حضور در جبهه: روز ماه سال			
۳- <input type="checkbox"/> آزاده مدت اسارت: روز ماه سال			
۴- <input type="checkbox"/> فرزند و همسر شهداء: <input type="checkbox"/> فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
۵- <input type="checkbox"/> فرزند و همسر جانبازان ۲۵٪ و بالاتر: <input type="checkbox"/> فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
۶- <input type="checkbox"/> فرزند و همسر آزادگان بالای یکسال اسارت: <input type="checkbox"/> فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
۷- <input type="checkbox"/> فرزند و همسر رزمنده دارای سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه در جبهه: <input type="checkbox"/> فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
۸- <input type="checkbox"/> فرزند جانبازان زیر ۲۵٪ و آزادگان زیر یکسال اسارت: <input type="checkbox"/> فرزند جانباز <input type="checkbox"/> فرزند آزاده <input type="checkbox"/>			
۹- <input type="checkbox"/> خواهر و برادر شهید: <input type="checkbox"/> خواهر <input type="checkbox"/> برادر <input type="checkbox"/>			
۱۴- سایر موارد: ۱- سهمیه آزاد <input type="checkbox"/> ۲- معلولین عادی <input type="checkbox"/> ۳- افراد بومی محل مورد تقاضا <input type="checkbox"/> ۴- افراد بومی استان <input type="checkbox"/>			
۵- مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان <input type="checkbox"/> (مدت خدمت ..... روز ..... ماه ..... سال) ۷- افراد غیر بومی <input type="checkbox"/>			
۱۵- آخرین مدرک تحصیلی:			
۱۶- رشته تحصیلی:		گرایش تحصیلی: معدل:	
۱۷- دانشگاه محل تحصیل:		استان محل تحصیل:	
۱۸- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی: / / ۱۳		۱۹- محل اخذ دیپلم:	
۲۰- شغل مورد درخواست:		۲۱- محل جغرافیایی مورد تقاضا (فقط یک محل)	
۲۲- محل جغرافیایی انجام طرح برای مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان که در حین انجام تعهدات قانونی هستند محل خدمت .....			
۲۳- نشانی کامل: محل سکونت: استان: شهرستان: ..... ..... کوپه ..... پلاک ..... کدپستی ..... شماره تلفن ثابت ..... ..... کد شهر ..... شماره تلفن همراه .....			
۲۴- سوابق کاری:			
اینجانب ..... متقاضی شرکت در آزمون شرکتی دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش 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 در آن دستگاه از خود سلب می نمایم			
۲۵- تاریخ تنظیم فرم:		امضاء و اثر انگشت متقاضی	