

# آگهی پذیرش نیروی کارشناس تغذیه و فیزیوتراپی بصورت شرکتی

شرکت خدماتی اقبال گستر فیروز آباد (شرکت خصوصی طرف قرارداد) با دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش در نظر دارد جهت تکمیل نیروی مورد نیاز خود در مرکز آموزشی درمانی امیرالمومنین علی(ع) به استناد مجوز شماره ۴۰۰/۲۷۰۰ د/۹۷ مورخ ۹۷/۰۷/۱۵ معاونت محترم توسعه مدیریت و منابع تعداد ۲ نفر از افراد واجد شرایط در رشته تغذیه و فیزیوتراپی را از طریق مصاحبه و گزینش به صورت شرکتی با در نظر گرفتن شرایط مندرج بکارگیری نماید.

شرایط احراز	جنسیت		تعداد	عنوان	ردیف
	زن	مرد			
دارا بودن مدرک کارشناسی یا ارشد تغذیه	*	*	۱	کارشناس تغذیه	۱
دارا بودن مدرک کارشناسی یا ارشد فیزیوتراپی	*	*	۱	کارشناس فیزیوتراپی	۲

## ۱- شرایط عمومی پذیرش

- ۱/۱- تدین به دین مبین اسلام یا یکی از ادیان رسمی کشور مطرح 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

## ۲- شرایط اختصاصی پذیرش

- ۲/۱- داشتن حداقل ۳۵ سال تمام
- ۲/۲- افراد بومی شهرستان در اولویت هستند
- ۲/۳- شرط لازم و کافی جهت قبولی نهایی موفقیت در مصاحبه می باشد.

## ۳- نحوه ثبت نام و مدارک مورد نیاز

متقاضیان جهت ثبت نام و تحویل مدارک تا تاریخ ۹۷/۰۸/۲۹ مهلت دارند به صورت حضوری به دفتر شرکت اقبال گستر فیروز آباد به آدرس: گراش خیابان باقرالعلوم جنب حوزه علمیه برادران مراجعه و ثبت نام نمایید

### زمان مصاحبه:

۹۷/۰۸/۳۰ ساعت ۹ صبح

مکان مصاحبه: دانشکده علوم پزشکی

- تکمیل برگ درخواست شغل از سایت دانشکده علوم پزشکی
- اصل به همراه تصویر آخرین مدرک تحصیلی و پایان طرح
- 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
- عکس ۳\*۴ سه قطعه
- گیره و پوشه

جهت کسب اطلاع بیشتر با شماره ۰۷۱۵۲۴۵۳۴۲۶ دفتر شرکت تماس حاصل نمایند

**شرکت خدماتی اقبال گستر فیروز آباد**

## برگ درخواست شغل از دانشکده علوم پزشکی و خدماتی بهداشتی درمانی گراش

راین قسمت چیزی ننویسید

۲- نام :	۱- نام خانوادگی :
۴- جنس : ۱- مرد <input type="checkbox"/> ۲- زن <input type="checkbox"/>	۳- نام پدر:
۶- محل تولد : استان : شهرستان : بخش :	۵- تاریخ تولد : روز ماه سال
۸- شماره ملی:	۷- شماره شناسنامه :
۹- محل صدور شناسنامه:	۱۰- دین : مذهب :
۱۱- وضعیت تاهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> تعداد اولاد:	۱۲- وضعیت نظام وظیفه : ۱- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> ۲- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/>
۱۳- وضعیت اینترگری :	
۱- فرزند و همسر شهداء: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	
۲- فرزند و همسر جانبازان ۲۵٪ و بالاتر: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	
۳- فرزند و همسر آزادگان بالای یکسال اسارت: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	
۴- فرزند و همسر رزمنده دارای سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه در جبهه: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	
۵- فرزند جانبازان زیر ۲۵٪ و آزادگان زیر یکسال اسارت: فرزند جانباز <input type="checkbox"/> فرزند آزاده <input type="checkbox"/>	
۶- خواهر و برادر شهداء: 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- افراد غیر بومی <input type="checkbox"/>	
۱۵- مدرک تحصیلی : کارشناسی <input type="checkbox"/>	
۱۷- سوابق اجرایی:	
۱۸- نشانی کامل : محل سکونت : استان ..... شهرستان ..... خیابان ..... کوچه ..... پلاک ..... کدپستی ..... شماره تلفن ثابت ..... کد شهر ..... شماره تلفن همراه .....	
۱۹- محل مورد تقاضای کار: بیمارستان <input type="checkbox"/>	
۲۰- شماره تلفن برای تماس ضروری :	
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	
۲۱- تاریخ تنظیم فرم :	امضاء و اثر انگشت متقاضی