

« آگهی پذیرش نیروی تکنسین فوریت‌های پزشکی بصورت شرکتی »»

مدیریت پشتیبانی دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش در نظر دارد جهت تأمین نیروی تکنسین فوریت‌های پزشکی در (پایگاه اورژانس جاده ای ارد)، به استناد مجوز شماره ۹۴/د/۱۰۰/۷۶۳ مورخ ۹۴/۱۰/۱۰ معاونت محترم توسعه مدیریت و منابع، تعدادی از افراد واجدالشرایط را از طریق آزمون تخصصی، مصاحبه و گزینش به صورت شرکتی با در نظر گرفتن شرایط مندرج در ذیل بکارگیری نماید.

ردیف	عنوان مدرک
۱	کارشناس فوریت‌های پزشکی
۲	کاردان فوریت‌های پزشکی

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- عدم اعتیاد به دخانیات و مواد مخدر
- ۱/۴- عدم سابقه محکومیت جزایی موثر
- ۱/۵- نداشتن منع استخدام در دستگاه‌های دولتی بموجب آرای مراجع قانونی
- ۱/۶- داوطلبان نباید مستخدم رسمی، ثابت و پیمانی سایر دستگاه‌های دولتی و یا با خرید خدمت باشند
- ۱/۷- التزام به قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران

۲- شرایط اختصاصی پذیرش

- ۲/۱- حداکثر ۳۵ سال سن تمام برای کلیه مدارک تحصیلی
- ۲/۲- داشتن سلامت جسمانی و روانی و توانایی برای انجام کار
- ۲/۳- دارا بودن کارت پایان خدمت یا معافیت دائمی مورد تایید مرکز اورژانس
- ۲/۴- دارا بودن قد بالای ۱۷۰ سانتیمتر
- ۲/۵- دارا بودن گواهینامه معتبر (پایه یک، ده ساله، پایه دو یا ب۲) جهت رانندگی با آمبولانس
- ۲/۶- دارا بودن گواهینامه پایان طرح یا معافیت از طرح مورد تایید مرکز اورژانس
- ۲/۷- شرط لازم و کافی جهت قبولی نهایی در آزمون موفقیت در مصاحبه تخصصی می باشد.

۲- نحوه ثبت نام و مدارک مورد نیاز

- متقاضیان تا تاریخ ۱۳۹۴/۱۰/۲۱ مهلت دارند جهت ثبت نام و تحویل مدارک به صورت حضوری به دفتر مدیریت پشتیبانی دانشکده علوم پزشکی مراجعه نمایند.
- تکمیل برگ درخواست شغل از دانشکده علوم پزشکی
- اصل به همراه تصویر آخرین مدرک تحصیلی
- اصل به همراه تصویر کارت ملی
- اصل به همراه تصویر تمام صفحات شناسنامه
- اصل به همراه تصویر گواهینامه رانندگی
- اصل به همراه تصویر کارت پایان خدمت نظام وظیفه عمومی یا معافیت دائم
- اصل به همراه تصویر گواهینامه پایان طرح
- عکس ۳*۴ سه قطعه

زمان آزمون تخصصی و مصاحبه:
چهارشنبه ۲۳ دی ماه ساعت ۸:۳۰ صبح
سالن امتحانات دانشکده علوم پزشکی گراش

جهت کسب اطلاعات بیشتر به دفتر مدیریت پشتیبانی دانشکده یا با شماره ۵۲۴۴۸۱۰۰ (مهندس غلامرضا خوشبخت) تماس حاصل نمایید.

وب سایت دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش

www.gerums.ac.ir

مدیریت پشتیبانی دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش

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

در این قسمت چیزی ننویسید

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"/> 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 ایثارگری :	
۱- جانباز <input type="checkbox"/>	درصد جانبازی درصد
۲- رزمنده <input type="checkbox"/>	(برای حداقل ۶ ماه حضور داوطلبانه در جبهه) مدت حضور در جبهه : روز ماه سال
۳- آزاده <input type="checkbox"/>	مدت اسارت : روز ماه سال
۴- فرزند و همسر شهداء: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	
۵- فرزند و همسر جانبازان ۲۵٪ و بالاتر: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	
۶- فرزند و همسر آزادگان بالای یکسال اسارت: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	
۷- فرزند و همسر رزمنده دارای سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه در جبهه: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	
۸- فرزند جانبازان زیر ۲۵٪ و آزادگان زیر یکسال اسارت : فرزند جانباز <input type="checkbox"/> فرزند آزاده <input type="checkbox"/>	
۹- خواهر و برادر شهید: 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- آخرین مدرک تحصیلی : کارشناس <input type="checkbox"/> کاردان <input type="checkbox"/>	
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 کار مورد تقاضا:
۲۲- سوابق اجرایی همراه با مدارک مورد نیاز:	
۲۳- نشانی کامل : محل سکونت : استان شهرستان خیابان کوچه کد پستی شماره تلفن ثابت کد شهر شماره تلفن همراه	
۲۴- 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	
۲۵- تاریخ تنظیم فرم :	امضاء و اثر انگشت متقاضی: