

« آگهی پذیرش نیرو بصورت شرکتی »»

شرکت راهکاران سپیدان در نظر دارد جهت تأمین نیروی امور تربیت بدنی دانشکده علوم پزشکی گراش به استناد مجوز شماره 209/4131/دمورخ 95/08/08 معاونت محترم توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت تعداد 1 نفر از افراد واجد شرایط را از طریق مصاحبه و گزینش به صورت شرکتی با در نظر گرفتن شرایط مندرج در ذیل بکارگیری نماید.

ردیف	عنوان شغلی	جنسیت
1	مسئول امور تربیت بدنی	مرد

1- شرایط عمومی پذیرش

- 1/1- تدین به دین مبین اسلام یا یکی از ادیان رسمی کشور مطرَح در قانون اساسی
- 1/2- تابعیت نظام جمهوری اسلامی ایران
- 1/4- عدم سابقه محکومیت جزایی موثر
- 1/5- نداشتن منع استخدام در دستگاه‌های دولتی بموجب آرای مراجع قانونی
- 1/6- داوطلبان نباید مستخدم رسمی، ثابت و پیمانی سایر دستگاه‌های دولتی و یا با خرید خدمت باشند

2- شرایط اختصاصی پذیرش

- 2/1- دارا بودن مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد گرایش فیزیولوژی ورزشی
- 2/2- حداکثر 35 سال سن تمام
- 2/3- دارا بودن کارت پایان خدمت یا معافیت دائمی
- 2/4- دارا بودن سابقه کار حداقل بمدت 5 سال در مراکز آموزشی
- 2/5- دارا بودن سابقه فعالیت پژوهشی و تدریس
- 2/6- اولویت با افراد بومی شهرستان می باشد

2- نحوه ثبت نام و مدارک مورد نیاز

- متقاضیان تا تاریخ 1395/11/30 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 مدارک پژوهشی

- اصل به همراه تصویر کارت پایان خدمت نظام وظیفه عمومی یا معافیت دائم

- عکس 3*4 سه قطعه

جهت کسب اطلاعات بیشتر به دفتر کارشناس پشتیبانی دانشکده یا با شماره 52448100 (مهندس غلامرضا خوشبخت) تماس حاصل نمایید.

وب سایت دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش

www.gerums.ac.ir

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

در این قسمت چیزی ننویسید

2- نام : 4- جنس : 1- مرد <input type="checkbox"/> 2- زن <input type="checkbox"/>	1- نام خانوادگی :
3- نام پدر:	5- تاریخ تولد : روز ماه سال
6- محل تولد : استان : شهرستان : بخش :	7- شماره شناسنامه :
8- شماره ملی:	9- محل صدور شناسنامه:
10- دین :	11- وضعیت تاهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> تعداد اولاد:
12- وضعیت نظام وظیفه :	1- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> 2- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/>
13- وضعیت ایثارگری :	
1- جانباز <input type="checkbox"/> درصد جانبازی درصد	
2- <input type="checkbox"/> رزمنده (برای حداقل 6 ماه حضور داوطلبانه در جبهه) مدت حضور در جبهه : روز ماه سال	
3- <input type="checkbox"/> آزاده مدت اسارت : روز ماه سال	
4- فرزند و همسر شهداء: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	
5- فرزند و همسر جانبازان 25% و بالاتر: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	
6- فرزند و همسر آزادگان بالای یکسال اسارت: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	
7- فرزند و همسر رزمنده دارای سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه در جبهه: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	
8- فرزند جانبازان زیر 25% و آزادگان زیر یکسال اسارت : فرزند جانباز <input type="checkbox"/> فرزند آزاده <input type="checkbox"/>	
9- خواهر و برادر شهیدا: خواهر <input type="checkbox"/> برادر <input type="checkbox"/>	
14- سایر موارد : 1- سهمیه آزاد <input type="checkbox"/> 2- معلولین عادی <input type="checkbox"/> 3- افراد بومی محل مورد تقاضا <input type="checkbox"/> 4- افراد بومی استان <input type="checkbox"/>	
5- افراد غیر بومی <input type="checkbox"/>	
15- آخرین مدرک تحصیلی : کارشناس <input type="checkbox"/> کاردان <input type="checkbox"/>	
16- رشته تحصیلی :	گرایش تحصیلی : معدل :
17- دانشگاه محل تحصیل :	استان محل تحصیل :
18- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی : / / 13	19- محل اخذ دیپلم :
20- شغل مورد درخواست :	21- محل کار مورد تقاضا:
22- سوابق اجرایی همراه با مدارک مورد نیاز:	
23- نشانی کامل : محل سکونت : استان شهرستان خیابان کوچه کدپستی شماره تلفن ثابت کد شهر شماره تلفن همراه	
24- 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	
25- تاریخ تنظیم فرم :	امضاء و اثر انگشت متقاضی: