

« بسمه تعالی »

« آگهی پذیرش نیروهای بهداشتی جهت مرکز خدمات جامع سلامت »

شرکت خدماتی غیر دولتی طرف قرارداد با دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی گراش در نظر دارد برای تکمیل نیروی مشاغل بهداشتی مورد نیاز خود در مرکز خدمات جامع سلامت تحت پوشش از طریق برگزاری مصاحبه تخصصی به استناد مجوز شماره ۹۶/د/۳۰۰/۳۳ مورخ ۹۶/۰۱/۱۵ معاونت محترم توسعه تعداد ۲ نفر از افراد واجد شرایط را بصورت شرکتی با در نظر گرفتن شرایط مندرج در ذیل بکارگیری نماید.

جدول نیاز های مشاغل بهداشتی

| شرایط احراز | جنسیت | | تعداد | عنوان | ردیف |
|--|-------|-----|-------|---------------------|------|
| | زن | مرد | | | |
| دارا بودن مدرک کارشناسی بهداشت عمومی | * | - | ۱ | مراقب سلامت خانواده | ۲ |
| دارا بودن مدرک کارشناسی یا ارشد علوم تغذیه | * | * | ۱ | کارشناس تغذیه | ۵ |

۱- شرایط عمومی پذیرش قرارداد کار معین

- 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 باز خرید خدمت باشند.
- ۱/۹- التزام به قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران

۲- شرایط اختصاصی پذیرش بصورت شرکتی

- * داشتن حداقل ۳۵ سال برای دارندگان مدارک تحصیلی کارشناسی و حداکثر ۴۰ سال تمام برای دارندگان مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد
- * آزادگان، فرزندان شاهد، جانباز ۲۵٪ و بالاتر و آزادگانی که حداقل یک سال سابقه ا سارت دارند از شرط حداکثر سن معاف می باشند.
- * اولویت با کسانی می باشد که طرح خود را در دانشکده گراش سپری کرده و دارای گواهی آموزشی مقدماتی و تکمیلی مراقب سلامت باشند
- * مشمولین خدمت پیراپزشکان می بایست دارای معافیت یا گواهی پایان انجام طرح خدمت مربوطه باشند.

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 ۴×۳

* فتوکپی مدارک تحصیلی

* فتوکپی کارت پایان خدمت جهت آقایان

* فتوکپی گواهی پایان طرح

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 پایان طرح یا معافیت از آن

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

تبصره: مدرک تحصیلی و گواهی انجام خدمات قانون پیراپزشکان یا معافیت از مراجع ذیربط استعلام خواهد شد و تطبیق اولیه

انجام شده در بند فوق ملاک قطعی بر اصالت مدارک نخواهد بود.

۴- نحوه ثبت نام و مهلت ثبت نام

۴/۱- متقاضیان واجد شرایط ملزم هستند حداکثر تا تاریخ ۹۶/۰۲/۰۲ نسبت به ثبت نام حضوری به آدرس دانشکده علوم

پزشکی گراش - دفتر مدیریت پشتیبانی اقدام نمایند.

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

۵- زمان و محل مصاحبه

روز یکشنبه مورخ ۱۳۹۶/۰۲/۰۳ ساعت ۹ در سالن کنفرانس دانشکده علوم پزشکی گراش .

۸/۲- اخذ تأییدیه 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 در مهلت مقرر به هسته گزینش دانشگاه برای

تکمیل پرونده گزینشی مراجعه نمایند. در صورت عدم مراجعه، قبولی فرد کان لم یکن تلقی شده و از افراد ذخیره بجای وی به

گزینش معرفی خواهد شد .

۸/۶- 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 و هیچگونه اصلاحاتی پس از ثبت نام قابل پذیرش نخواهد بود.

جهت کسب اطلاعات بیشتر به دفتر کارشناس پشتیبانی دانشکده مراجعه یا با شماره ۰۲۴۴۸۱۰۰

(مهندس غلامرضا خوشبخت) تماس حاصل نمایید.

وب سایت دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش

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: | |
| ۹- محل صدور شناسنامه: | | 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- 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 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- مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان (مدت خدمت روز ماه سال) <input type="checkbox"/> ۷- افراد غیر بومی <input type="checkbox"/> | | | |
| ۱۵- آخرین مدرک تحصیلی: کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> دکتری <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 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: خیابان: کوچه 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 | |