

آگهی پذیرش نیروی کارشناس پرستاری و اتاق عمل بصورت شرکتی

شرکت خدماتی منجی سبز اندیشان شیراز(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 ۹۷/د/۴۰۰/۷۸۰ مورخ ۹۷/۰۵/۱۳ معاونت محترم توسعه مدیریت و منابع تعداد ۱ نفر از افراد واجد شرایط در رشته پرستاری و اتاق عمل را از طریق آزمون، مصاحبه و گزینش به صورت شرکتی با در نظر گرفتن شرایط مندرج بکارگیری نماید.

ردیف	عنوان	تعداد	جنسیت		شرایط احراز
			مرد	زن	
۱	کارشناس پرستاری	۱۰	*	*	دارا بودن مدرک کارشناسی پرستاری
۲	کارشناس اتاق عمل	۱	*		دارا بودن مدرک کارشناسی اتاق عمل

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- دارا بودن مدرک پایان طرح الزامی است
- ۲/۲- داشتن حداقل ۳۰ سال تمام
- ۲/۳- افراد بومی شهرستان در اولویت هستند
- ۲/۴- 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 ۹۷/۰۷/۱۰ مهلت دارند به صورت حضوری به دفتر نمایندگی شرکت

مستقر در دانشکده علوم پزشکی مراجعه نمایید

زمان آزمون و مصاحبه:
متعاقبا اطلاع رسانی خواهد شد

- 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 و وظیفه عمومی یا معافیت دائم
- اصل به همراه تصویر مدارک دال بر ایثارگری
- عکس ۳*۴ سه قطعه
- گیره و پوشه

شرکت خدماتی منجی سبز اندیشان شیراز

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

راین قسمت چیزی نویسید

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"/> مجرد <input type="checkbox"/> تعداد اولاد:	مذهب:
۱۲- وضعیت نظام وظیفه:	۱- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> ۲- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/>
۱۳- وضعیت اینارگری:	
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..... کد پستی..... 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