

« بسمه تعالی »

### آگهی جذب نیرو قرارداد پزشک خانواده بصورت موقت

شبکه بهداشت و درمان شهرستان دیر، در نظر دارد برای تأمین نیروهای مورد نیاز، جهت خدمت در واحدهای تابعه خود بر اساس بند ۱۳ مصوبه شماره ۱۳۷۸۸/۲۰/دپ مورخ ۱۸/۰۴/۱۴۰۳ کمیته سرمایه انسانی دانشگاه و نامه شماره ۱۲۳۶۹/۲۰/دپ مورخ ۱۴۰۳/۰۵/۰۱ به تعداد یک نفر بهیار واجد شرایط را از طریق آزمون کتبی و عملی و پس از طی کردن مراحل گزینش توسط هسته گزینش دانشگاه، به صورت قرارداد پزشک خانواده موقت ۸۹ روزه به شرح ذیل جذب نماید.

جدول رشته های شغلی مورد نیاز

عنوان شغل	محل جغرافیایی خدمت	تعداد مورد نیاز	جنسیت		شرایط احراز از نظر مدرک و رشته تحصیلی	توضیحات
			مرد	زن		
بهیار (پزشک خانواده)	دیر	۱	-	*	دارا بودن مدرک تحصیلی دیپلم بهیاری	مرکز خدمات جامع سلامت حضرت مهدی (عج) دیر بصورت ۸۹ روزه موقت

#### ۱- شرایط عمومی جذب نیروی پزشک خانواده (موقت)

- ۱/۱- تدین به دین مبین اسلام یا یکی از ادیان رسمی کشور مصرح در قانون اساسی
- ۱/۲- داشتن تابعیت 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 و روانگردان
- ۱/۵- عدم سابقه محکومیت جزایی موثر
- ۱/۶- نداشتن منع استخدام در دستگاه های دولتی به موجب آرای مراجع قانونی
- ۱/۷- داوطلبان نباید مستخدم بازنشسته و باز خرید خدمت باشند.
- ۱/۸- التزام به قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران
- ۱/۹- داشتن سلامت جسمانی و روانی و توانایی برای انجام کاری که برای آن استخدام می شوند بر اساس ماده ۳۴ دستورالعمل اجرایی برگزاری آزمون استخدامی که به تایید هیات امناء در تاریخ ۹۸/۰۱/۰۱ رسیده است.

تبصره: ماده ۳۴ دستورالعمل اجرایی برگزاری آزمون استخدامی (استخدام پذیرفته شدگان در آزمون که مراحل قانونی را طی نموده باشند منوط به تایید توانمندیهای جسمی، روانی، ذهنی و حرکتی افراد توسط واحد طب کار موسسه و یا کمیسیون پزشکی (طبق شیوه نامه سلامت جسمانی و روانی وزارت متبوع) است).

۲- شرایط اختصاصی جذب نیروی پزشک خانواده (موقت)

۲/۱- داشتن حداقل ۱۸ سال تمام و حداکثر ۲۶ سال تمام برای دارندگان دیپلم بهیاری تا تاریخ انتشار آگهی

۲/۲- اولویت ها:

افراد ی که دارای هریک از شرایط ذیل باشند بترتیب در اولویت پذیرش قرار دارند:

بومی:

### سهمیه بومی

با توجه به بخشنامه شماره ۳۶۹۴۸۸ مورخ ۹۹/۷/۲۷ سازمان اداری و استخدامی کشور و به استناد قانون اصلاح ماده ۴۴ قانون مدیریت خدمات کشوری مصوب ۹۹/۶/۱۶ مجلس شورای اسلامی نمره مکاتبه داوطلبان بومی بجز شهرستان تهران و مراکز استانها با تعاریف ذیل با ضریب یک و چهاردهم (۱/۴) محاسبه و ملاک عمل قرار می گیرد.

الف - شهرستان محل تولد مندرج در شناسنامه داوطلب با شهرستان مورد تقاضا یکی باشد.

ب - سکونت داوطلب به مدت حداقل ده سال با ارائه استشهاد محلی (براساس فرم پیوست آگهی) ممهور به مهر نیروی انتظامی (پاسگاه یا کلانتری محل) احراز گردد.

ج - داشتن سوابق تحصیلی در مقاطع ابتدایی، راهنمایی یا دبیرستان در شهرستان مورد تقاضا با تایید اداره آموزش و پرورش شهرستان مربوطه می تواند به عنوان تمام یا قسمتی از سابقه ده سال سکونت به شرط استشهاد محلی مبنی بر تایید ساکن بودن ملاک عمل قرار گیرد.

د - در صورت وجود ابهام درخصوص شهرستان محل تولد نظر اداره کل ثبت احوال استان ملاک عمل خواهد بود.

و - تقسیمات کشوری در اولین روز ثبت نام ملاک عمل برای تعیین بومی بودن خواهد بود.

\* به استناد بند الف ماده ۱۵ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰/۸/۱۹ مجلس شورای اسلامی به ازاء تاهل و نیز داشتن هر فرزند یکسال تا حداکثر ۵ سال به سقف محدودیت سنی اضافه می شود. مشروط به آن که نرخ باروری شهرستان محل زادگاه داوطلب یا فرزند وی، بالای ۲/۵ نباشد. مبنای تعیین نرخ باروری، آخرین اعلام رسمی وزارت کشور در رزمان برگزاری آزمون می باشد.

\*\* به استناد بند "ب" ماده ۱۵ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت به ازاء تاهل و نیز هر فرزند دو درصد (۲) تا حداکثر ده درصد (۱۰) نمره کل آزمون به نمره مکاتبه فرد اضافه خواهد شد.

تبصره: تخصیص امتیاز فوق، مشروط به آن است که نرخ باروری شهرستان محل زادگاه داوطلب یا فرزند وی، بالای ۲,۵ نباشد. مبنای تعیین نرخ باروری، آخرین اعلام رسمی وزارت کشور در زمان برگزاری آزمون می‌باشد.

بسمه تعالی

**«فرم استشهاد محل سکونت جهت شرکت در آزمون استخدامی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر- قرارداد پزشکی خانواده ۱۴۰۳ شهرستان دیر»**

اینجانب ..... فرزند ..... کد ملی ..... از مطلعین و معتمدین محل، تقاضا دارم که شهرستان محل سکونت فعلی و مدت سکونت اینجانب را گواهی نمایند.

**با تشکر**

**امضاء و اثر انگشت**

اینجانبان امضاکنندگان ذیل گواهی می‌نماییم که نامبرده بالا در حال حاضر در بخش ..... شهرستان ..... ساکن بوده و مدت ..... سال ..... ماه نیز در این شهرستان سکونت داشته است.

اینجانب ..... به کد ملی ..... صحت مراتب فوق را گواهی می‌نمایم. امضاء و اثر انگشت

اینجانب ..... به کد ملی ..... صحت مراتب فوق را گواهی می‌نمایم. امضاء و اثر انگشت

اینجانب ..... به کد ملی ..... صحت مراتب فوق را گواهی می‌نمایم. امضاء و اثر انگشت

**این قسمت توسط نیروی انتظامی (پاسگاه یا کلانتری محل) تکمیل گردد.**

موارد فوق مورد تایید این ..... می‌باشد.

**محل مهر - امضاء**

**پاسگاه یا کلانتری محل**

**تذکرات مهم:**

۱- تکمیل این فرم برای تمامی داوطلبان بومی شهرستان که متقاضی استفاده از اولویت استخدام به لحاظ ساکن بودن با سابقه حداقل ده سال سکونت می‌باشند، الزامی است.

۲- داوطلبان بومی شهرستانی که دارای سوابق تحصیلی در مقاطع ابتدایی، راهنمایی و یا دبیرستان در شهرستان مورد تقاضا باشند، با تایید اداره آموزش و پرورش شهرستان مربوطه صرفاً می‌توانند از آن برای احراز تمام و یا قسمتی از سوابق ده سال سکونت در شهرستان مورد تقاضا بهره‌مند گردند و تکمیل این فرم برای احراز سکونت فعلی آنان در شهرستان مورد نظر، الزامی است.

۳- چنانچه متقاضی برای تایید سابقه حداقل ده سال سکونت خود در شهرستان مورد تقاضا، در بیش از یک بخش از شهرستان مربوطه سکونت داشته باشد، می تواند از یک نسخه دیگر از این فرم نیز برای این منظور استفاده کند.

۳- نحوه ثبت نام و مدارک مورد نیاز

۳/۱- متقاضیان واجد شرایط ملزم هستند از تاریخ **۱۴۰۳/۰۵/۲۰** حداکثر تا پایان وقت اداری مورخه **۱۴۰۳/۰۵/۳۰** مدارک مورد نیاز ثبت نام را به واحد کارگزینی شبکه بهداشت و درمان شهرستان دیر تحویل دهند. آدرس: بندر دیر - بلوار معلم رو بروی صدا و سیما شبکه بهداشت و درمان شهرستان - تلفن: **۰۷۷۳۵۴۲۳۶۰۳ - ۳۶۷۶**  
**۰۷۷۳۵۴۲**

۳/۲- مدارک مورد نیاز ثبت نام:

- تکمیل برگ درخواست شغل

- یک قطعه عکس ۳×۴

- تصویر آخرین مدرک تحصیلی

- تصویر کارت ملی

- تصویر شناسنامه به همراه تصویر تمام صفحات آن

- تصویر سایر مدارک طبق مفاد آگهی حسب ضرورت

- فیش واریزی

۳/۳- به ثبت نام ناقص و یا ارسال مدارک ناقص ترتیب اثر داده نخواهد شد.

۴- زمان آزمون: **راس ساعت ۹ صبح چهارشنبه مورخ ۱۴۰۳/۰۵/۳۱**

- کارت ورود به جلسه **۱۴۰۳/۰۵/۳۱** راس ساعت ۸ صبح از واحد حراست شبکه دریافت نمایند.

۵- مواد امتحان:

۵/۱- **امتحان تخصصی شامل سوالات مربوط با رشته شغلی مورد درخواست داوطلب به صورت چهار گزینه ای می باشد. ضمناً آزمون نمره منفی دارد.**

۶- کسب بالاترین نمره به عنوان نمره قبولی مد نظر قرار میگیرد.

۷- مدارک تحصیلی بالاتر یا پائین تر از مقاطع تحصیلی اعلام شده در شرایط احراز مشاغل در آگهی استخدامی و همچنین مدارک معادل، برای شرکت در امتحان و استخدام معتبر نمی باشد.

۷/۱- مسئولیت ناشی از عدم رعایت دقیق ضوابط و شرایط اعلام شده در متن آگهی برعهده داوطلب خواهد بود و در هر مرحله از مراحل ثبت نام، امتحان و جذب محرز شود که داوطلب اطلاعات خلاف داده یا فاقد شرایط مندرج در آگهی است داوطلب از انجام مراحل بعدی محروم خواهد شد، حتی در صورت صدور قرارداد حکم مزبور لغو و بلااثر می گردد.

۷/۲- هرگونه اطلاع رسانی درخصوص امتحان از طریق شبکه بهداشت و درمان شهرستان دیر خواهد بود و داوطلبان اطلاعات مورد نیاز خود را بدین طریق دریافت خواهند کرد.

۷/۳- باتوجه به این که ملاک ثبت نام ازمتقاضیان 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.

۷/۴- انتخاب داوطلبان به ترتیب بالاترین نمره کل مآخوذه در آزمون در هر رشته شغلی با رعایت ظرفیت پیش بینی شده می باشد. در مواردی که نمره کل دو داوطلب در یک رشته شغلی یکسان و مآزاد بر تعداد ظرفیت اعلام شده در آگهی استخدامی باشد، ملاک عمل نمره آزمون کتبی قرآمی گیرد و بعنوان نفر اصلی به گزینش معرفی می شود قرار خواهد گرفت.

۷/۵- شبکه بهداشت و درمان شهرستان دیر هیچ گونه تعهدی جهت تامین غذا، ایاب و ذهاب و مسکن پذیرفته شدگان ندارد.

۷/۶- داوطلبان بایستی به مبنای تاریخ های اشاره شده در آگهی توجه کافی داشته باشند.

۷/۷- مبلغ واریزی جهت ثبت نام متقاضیان آزمون شرکتی **500000 هزار ریال** به شماره حساب و شناسه واریز و شبا حساب بانک ملی ذیل می باشد.

نام سازمان	شماره حساب	شناسه واریز	شبا حساب
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر	4001080803025348	350080873124004000010015121509	IR490100004001080803025348

فرم درخواست شغل شبکه بهداشت و درمان شهرستان دیر

محل الصاق  
عکس

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- محل سکونت فعلی : شهرستان : بخش :		۸- شماره شناسنامه :	
۹- شماره ملی :		۱۰- محل صدور شناسنامه :	
۱۱- دین : مذهب :		۱۲- وضعیت تأهل : متأهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>	
۱۳- وضعیت نظام وظیفه : ۱- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> ۲- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/>		۱۴- سهمیه ها : ۱- سهمیه آزاد <input type="checkbox"/> بومی <input type="checkbox"/>	
۱۵- آخرین مدرک تحصیلی: <input type="checkbox"/> دیپلم			
۱۶- رشته تحصیلی :		۱۷- گرایش تحصیلی : معدل :	
۱۸- استان محل تحصیل :			
۱۹- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی : / /		۲۰- محل اخذ دیپلم :	
۲۱- شغل مورد درخواست : (فقط یک شغل)		۲۲- محل جغرافیایی مورد تقاضا (فقط یک محل)	
۲۳- نشانی کامل : محل سکونت : استان ..... شهرستان ..... خیابان .....			
کوچه ..... پلاک ..... کدپستی ..... شماره تلفن ثابت .....			
کد شهر ..... شماره تلفن همراه .....			
۲۴- شماره تلفن برای تماس ضروری :			
اینجانب ..... متقاضی شرکت در آزمون جذب ..... مرکز خدمات جامع سلامت. حضرتن مهدی(عج) شهرستان دیر 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 شرکت از خود سلب می نمایم .			
۲۶- تاریخ تنظیم فرم :		امضاء و اثر انگشت متقاضی	

