**به نام خدا**

**دفترچه راهنمای ثبت نام**

**آزمون بکارگیری نیروی قراردادی برنامه پزشک خانواده روستایی شبکه بهداشت و درمان شهرستان ........اقلید.............**

 **مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی/روستایی ..سده-حسن آباد.........**

|  |
| --- |
| **به داوطلبان توصیه می شود مطالب دفترچه راهنما را با دقت مطالعه نمایند** |

**بسمه‌تعالی**

**مقدمه :**

شبکه بهداشت و درمان ..**اقلید**.............. در نظر دارد براي تامين نيروي مورد نياز خود در رشته شغلی کارشناس تغذیه از محل مجوز شماره .......741856.............. مورخ..........28/01/1403............ ، فرد واجد شرايط را به استناد تبصره 6 ماده 31 آئین نامه اداری، استخدامی کارکنان غیر هیات علمی دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و شیوه نامه بکارگیری نیرو در قالب برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائی از طريق آزمون كتبی و مصاحبه در حيطه‌ تخصصي به صورت قرارداد برنامه پزشک خانواده صرفا جهت مرکز خدمات جامع سلامت روستائی . شهری **سده – حسن آّباد**... به منظور خدمت رسانی به جمعیت هدف مرکز ذکر شده با شرایط و ضوابط ذيل بکارگیری نمايند.

توجه : این نیروها در قالب طرح پزشک خانواده می باشد و هیچگونه رابطه استخدامی با شبکه بهداشت، درمان شهرستان .........اقلید....... ندارند و تعهد استخدامی و یا تداوم انجام کار برای شبکه به هیچ عنوان ایجاد نمی نماید . همچنین قرارداد یک ساله بوده ،اگر در حین انجام کار رضایت از عملکرد وجود نداشته باشد قرارداد بصورت یک طرفه لغو می گردد.

**بخش اول : تعاریف**

**مفاهیم برخی از اصطلاحات بکار رفته در این دفترچه به شرح زیر است:**

1. **موسسه:** به دانشگاه ها یا دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و سایر موسسات تابعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اطلاق می­شود كه با توجه به اهداف و برنامه­های آتي خود نسبت به رفع نيازهای نیروی انسانی مراکز بهداشتی، مراکز درمانی و بیمارستان­ها و سایر واحدهای تابعه، اقدام به استخدام می­نمایند.
2. **دستگاه اجرایی:** کلیه وزارتخانه‌ها، مؤسسات دولتی، مؤسسات یا نهادهای عمومی غیردولتی، شرکت‌های دولتی و کلیه دستگاه‌هایی که شمول قانون بر آن‌ها مستلزم ذکر و یا تصریح نام است از قبیل شرکت ملی نفت ایران، سازمان گسترش و نوسازی صنایع ایران،‌ بانک مرکزی، بانک‌ها و بیمه‌های دولتی، (کلیه دستگاههای موضوع ماده (5) قانون مدیریت خدمات کشوری) دستگاه اجرایی نامیده می‌شوند.
3. **آیین نامه اداری استخدامی:** منظور، آیین نامه اداری استخدامی کارکنان غیر هیات علمی مصوب هیات امناء دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور می باشد که به استناد ماده یک قانون احکام دائمی توسعه کشور تدوین گردیده است.
4. **داوطلب قراردادي كار معين:** به شخصي اطلاق ميشود كه به صورت قانوني در يكي از دانشگاههاي علوم پزشكي كشور يا ساير موسسات تابعه وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشكي در قالب قرارداد انجام كار معين(موضوع تبصره 5 ماده 31 آيين نامه اداري استخدامي كاركنان غير هيات علمي دانشگاه هاي علوم پزشكي كشور) اشتغال داشته باشد.

**5- داوطلب قراردادي پزشك خانواده:** فردي كه براساس مفاد تبصره 6 ماده 31 آيين نامه و از طريق قرارداد طرح پزشك خانواده در حال انجام وظيفه در مراكز بهداشت تابعه دانشگاه/دانشكده مي باشد.

 **6--داوطلب قرارداد مشاغل كارگري:** به شخصي اطلاق ميشود كه به صورت قانوني در يكي از دانشگاههاي علوم پزشكي كشور يا ساير موسسات تابعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي در قالب قرارداد مشاغل كارگري (موضوع ماده 32 آيين نامه مذكور) اشتغال داشته باشد

**7-داوطلب شركتي:** به شخصي اطلاق ميشود كه به صورت قانوني از طريق يكي از شركتهاي طرف قرارداد دانشگاههاي علوم پزشكي كشور يا ساير موسسات تابعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي به صورت خريد خدمت از بخش خصوصي (موضوع تبصره ماده 22 آيين نامه مذكور) اشتغال داشته باشد.

8- **داوطلب ايثارگر**: ايثارگران شامل موارد زير هستند:

اﻟﻒ) اﻳﺜﺎرﮔﺮان ﺳﻬﻤﻴﻪ ﺑﻴﺴﺖ وپنچ درﺻﺪ( 25) ﺷﺎﻣﻞ:

ﺟﺎﻧﺒﺎزان

 آزادﮔﺎن

 ﻫﻤﺴﺮوﻓﺮزﻧﺪانﺷﻬﺪا

 ﻫﻤﺴﺮ و ﻓﺮزﻧﺪان ﺟﺎﻧﺒﺎزان ﺑﻴﺴﺖ و درﺻﺪ ﭘﻨﺞ و ﺑﺎﻻﺗﺮ

 ﻫﻤﺴﺮوﻓﺮزﻧﺪان آزادﮔﺎن دارايﻳﻚ ﺳﺎل و ﺑﺎﻻيﻳﻚ ﺳﺎل

 اﺳﺎرت ﭘﺪر، ﻣﺎدر، ﺧﻮاﻫﺮو ﺑﺮادر ﺷﻬﻴﺪ

ب) اﻳﺜﺎرﮔﺮان ﺳﻬﻤﻴﻪ پنچ درﺻﺪ( 5) ﺷﺎﻣﻞ:

رزﻣﻨﺪﮔﺎن ﺑﺎ ﺳﺎﺑﻘﻪ ﺣﺪاﻗﻞ ﺷﺶ ﻣﺎه ﺣﻀﻮر داوﻃﻠﺒﺎﻧﻪ در ﺟﺒﻬﻪﻫﺎ

ﻫﻤﺴﺮ و ﻓﺮزﻧﺪان رزﻣﻨﺪﮔﺎنﺑﺎ ﺳﺎﺑﻘﻪﺣﺪاﻗﻞﺷﺶﻣﺎهﺣﻀﻮرداوﻃﻠﺒﺎﻧﻪ در ﺟﺒﻬﻪﻫﺎ

ﻓﺮزﻧﺪان ﺟﺎﻧﺒﺎزان زﻳﺮ ﺑﻴﺴﺖ و ﭘﻨﺞ درﺻﺪ

ﻓﺮزﻧﺪان آزادﮔﺎن کمتر ازﻳﻚﺳﺎل اﺳﺎرت

**ﺗﺬﻛﺮ: ﻣﺮاﺟﻊ تاﻳﻴﺪ ﺟﺒﻬﻪ ﻣﺪت ﺣﻀﻮر داوﻃﻠﺒﺎﻧﻪ در جبهه ﻫﺎ ﻋﺒﺎرﺗﻨﺪ :**

 1 - ﻣﻌﺎوﻧﺖ رده ﻧﻴﺮوي اﻧﺴﺎﻧﻲ ﻫﺮ ﻳﻚ از ردهای ﻧﻴﺮوﻫﺎي ﻣﺴﻠﺢ در ﻣﻮرد رزﻣﻨﺪﮔﺎن ﻣﺘﺒﻮع خود

2 - ﻣﻌﺎوﻧﺖ ﻧﻴﺮوي اﻧﺴﺎﻧﻲ ﺳﺎزﻣﺎن ﺑﺴﻴﺞ ﻣﺴﺘﻀﻌﻔﺎن ﺳﭙﺎه ﭘﺎﺳﺪاران اﻧﻘﻼب اﺳﻼﻣﻲ در ﻣﻮرد ﺑﺴﻴﺠﻴﺎن و ﻧﻴﺮوﻫﺎي ﻣﺮدﻣﻲ اﻋﻢ از ﻣﺴﺘﺨﺪﻣﻴﻦ دوﻟﺖ و ﺻﺎﺣﺒﺎن ﻣﺸﺎﻏﻞ و ﺻﻨﻮف آزاد و اﻓﺮاد ﻓﺎﻗﺪ ﺷﻐﻞ ﻣﻌﺎوﻧﺖ ﺗﻮﺳﻌﻪ و ﻣﻨابع انسانی وزارت ﺟﻬﺎد کشاورزی در ﻣﻮرد ﺟﻬﺎدﮔﺮان

تبصره:

موسسه موظف است قوانین ومقررات مربوط به بکار گیری ایثارگران را رعایت نماید (اطلاعات به روز). شرایط ایثار گری مطابق با آخرین اعلام امور ایثارگران دانشگاه لحاظ می گردد.

بر اساس آخرین اطلاعات ارسالی از سوی امور ایثارگران دانشگاه، در صورت پذیرش نیرو به میزان بالای یک نفر، 30 درصد مجموع کل مجوزها بر اساس نمره آزمون و رتبه فضلی برای پذیرش، به داوطلبین دارای شرایط استفاده ازسهمیه ایثارگری اختصاص داده شود. ولی در آزمون های استخدامی مکان هایی که صرفا یک نفر جهت استخدام درنظر گرفته می شود، سهمیه ایثارگران لحاظ نمی گردد و در بقیه موارد (بالای یک نفر) سهمیه ایثارگران طبق قانون می بایست لحاظ گردد.

**9 - داوﻃﻠﺐ ﻣﻌﻠﻮل:** ﺑﻪداوﻃﻠﺒﻲ اﻃﻼق ﻣﻲﺷﻮد ﻛﻪ ﺑﺎ اراﺋﻪ ﻣﻌﺮﻓﻲ ﻧﺎﻣﻪ از ﺳﺎزﻣﺎن ﺑﻬﺰﻳﺴﺘﻲ ﻣﺸﻤﻮل اﺳﺘﻔﺎده از3 درﺻﺪ ﺳﻬﻤﻴﻪ اﺳﺘﺨﺪاﻣﻲ ﻗﺎﻧﻮن ﺣﻤﺎﻳﺖ از ﺣﻘﻮق ﻣﻌﻠﻮﻻن ﻣﻲ ﺑﺎﺷﺪ

**10- داوﻃﻠﺐ آزاد:** ﺑﻪ ﺷﺨﺼﻲ اﻃﻼق ﻣﻲﺷﻮد ﻛﻪ در زﻣﺎن ﺛﺒﺖ نام ﻣﺸﻤﻮل ﺳﻬﻤﻴﻪ اﻳﺜﺎرﮔﺮان و سهمیه معلولین ﻧﺒﺎﺷﺪ.

**بخش دوم : شرایط عمومی و اختصاصی بکارگیری**

**1. شرایط عمومی داوطلبان**

1- داشتن تابعیت ایران

2- اعتقاد به دین مبین اسلام یا یکی از ادیان شناخته‌ شده در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران

3- التزام به قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران

4- عدم اعتیاد به دخانیات ومواد مخدر روانگردان .

5- نداشتن سابقه محکومیت جزائی موثر .

6- دارا بودن مدرک تحصیلی از دانشگاه ها وموسسات آموزش عالی معتبر یا مراکز معتبر .

7- داشتن سلامت جسمانی و روانی و توانایی برای انجام کاری که بکارگیری می‌شوند(درمرحله اول به تشخیص شورای طب کار و در صورت صلاحدید دانشگاه در مرحله بعد ارجاع به کمسیون پزشکی دانشگاه).

8- عدم وجود هرگونه ممنوعیت استخدام در دستگاه‌های اجرایی توسط آراء مراجع قضایی و ذی‌صلاح.

9- داوطلبان نباید جزء نیروهای بازخرید خدمت و همچنین بازنشسته دستگاه‌های اجرایی باشند.

شرایط آزمون:

آزمون شامل دو مرحله می باشد : الف) آزمون کتبی 70 درصد نمره ب) مصاحبه 30 درصد نمره را به خود اختصاص می دهد .ضمنا شرکت کنندگان در مرحله مصاحبه به تعداد سه برابر ظرفیت پذیرش نیرو از بین بالاترین نمرات آزمون کتبی انتخاب و مصاحبه می گردد.

منابع آزمون:

اصول کلی تغذیه و رژیم درمانی کراوس، بسته جامع خدمات تغذیه در تحول سلامت ویرایش بهار 1400، بسته آموزشی تغذیه ویرایش بهار 1400

**تذكرات مهم در خصوص شرایط عمومی:**

**افرادی که مجاز به شرکت در این آزمون استخدامی نیستند عبارتند از:**

1. افراد بازنشسته و بازخريد خدمت دستگاههای اجرایی
2. انفصال شدگان دائم از خدمت و یا اخراج شدگان توسط واحدهای تابعه وزارت بهداشت
3. افرادي كه به موجب آراء مراجع قضائي و ذي­صلاح، از خدمات دولتي منع شده باشند.
4. افرادی که تعهد انجام کار به سایر موسسات و یا دستگاههای اجرایی دارند.
5. دارندگان مدارک تحصیلی معادل در رشته تحصیلی آگهی شده.
6. اشتغال به تحصیل (در صورت اشتغال به تحصیل و عدم ارائه گواهی انصراف از تحصیل قبولی فرد کان لم یکن تلقی خواهد شد)

**2. شرایط اختصاصی بکارگیری:**

**الف) شرایط سنی داوطلبان:**

داشتن حداقل 20 سال و حداکثر 40 سال تمام برای دارندگان مدرک تحصیلی کاردانی، کارشناسی و کارشناسی ارشد و داشتن حداکثر45 سال تمام برای دارندگان مدرک دکتری وبالاتر (اولین روز ثبت نام )

**تبصره:** **موارد ذيل به شرط ارائه تأييديه هاي معتبر، به حداكثر سن مقرر اضافه خواهد شد:**

1. جانبازان، آزادگان، فرزندان شهدا، فرزندان جانبازان و فرزندان آزادگان یک سال اسارت و بالاتر، از شرط حداکثر سن معاف می باشند .
2. سایر مشمولین در صورت ثبت نام در آزمون، مکلف به رعایت حداکثر سن‌های اعلام شده در ذیل می‌باشند، در غیراین صورت از ادامه فرایند بکارگیری حذف خواهند شد.

- پدر و مادر و همسر و برادر و خواهر شهید به میزان پنج سال

- داوطلبانی که در جبهه ها به طور داوطلبانه خدمت نموده اند به میزان حضور در جبهه و همچنین مدت زمان بستری شدن و یا استراحت پزشکی رزمندگان داوطلب در اثر مجروحیت در جبهه ها

1. سابقه خدمت کارمندان تمام وقت دولتی حداکثر به میزان 5 سال
2. سنوات قراردادی داوطلبان قراردادی شاغل در موسسات تابعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (اعم از قراردادکار معین و پزشک خانواده و قرارداد مشاغل کارگری) حداکثر به میزان 15 سال (طبق سابقه بیمه قابل قبول).
3. سنوات شرکتی داوطلبان شرکتی شاغل که به صورت غیرمستقیم و از طریق شرکت­های پیمانکاری طرف قرارداد با موسسات تابعه وزارت بهداشت ، به خدمت اشتغال دارند، حداکثر به میزان 15 سال(طبق سابقه بیمه قابل قبول)
4. سنوات قراردادی یا شرکتی داوطلبانی که در سالهای گذشته به صورت قرارداد تمام وقت (اعم از قراردادکار معین و پزشک خانواده و قرارداد مشاغل کارگری) در موسسات تابعه وزارت بهداشت و یا شرکت­های پیمانکاری طرف قرارداد آنها به خدمت اشتغال داشته­اند و با موسسه قطع همکاری نموده­اند حداکثر به میزان 5 سال (طبق سابقه بیمه قابل قبول)

**نکته:** در صورتیکه افراد در یکی از حالات شرکتی یا قرادادی شاغل بوده و براساس دستورالعمل های مربوطه به حالت اشتغال دیگری تبدیل وضع شده اند(اشتغال بصورت مستمر)، می توانند حداکثر از 15 سال ارفاق سن بهرمند گردند.

1. داوطلبانی که طرح خدمت نیروی انسانی موظف(اجباری یا اختیاری و یا در قالب تمدید طرح) را به استناد قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان انجام داده­اند، به میزان انجام خدمت فوق.
2. مدت خدمت سربازي انجام شده.

**نکته:** مجموع سنوات اضافه شده به سن داوطلبان در هر حال از 15 سال بیشتر نخواهد بود.

**ب) ضوابط و مقررات پذیرش مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان:**

1. **مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان در رشته­های دارای طرح «اجباری» می بایست دارای معافیت یا گواهی پایان انجام طرح خدمت مربوطه باشند.**

**تبصره 1-مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان رشته­های اجباری كه در حین انجام خدمت قانونی در واحدهای تابعه این دانشگاه می­باشند، در صورتی می توانند در این آزمون شرکت نمایند که تا آخرین روز ثبت نام مدت طرحشان به اتمام برسد.**

**تبصره 2-** در خصوص داوطلبانی که نسبت به تمدید طرح آنان اقدام شده است، نیازی به ارائه گواهی «پایان طرح» نیست و گواهی «اشتغال به طرح» برای اینگونه افراد کفایت می­نماید.

مشمولين قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان در رشته هاي داراي طرح «اختياري» كه طرح خود را در ساير موسسات تابعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مي­گذرانند در صورت قبولی ملزم به ارائه گواهی موافقت با انصراف از طرح در صورت پذیرش نهایی از دانشگاه محل انجام طرح خود در هنگام بررسی مدارک می باشند.

**ج) سهمیه معلولین** :ﺟﺬب ﻣﻌﺮﻓﻲ ﻣﻌﻠﻮﻟﻴﻦ ﺑﺎ اراﺋﻪ معرفی نامه از اداره ﻛﻞ ﺑﻬﺰﻳﺴﺘﻲ از ﻣﺤﻞ ﺳﻬﻤﻴﻪ اﺳﺘﺨﺪاﻣﻲ3 درﺻﺪ ﻗﺎﻧﻮن جامع حمایت از معلولان ﺻﺮﻓﺎ از طریق شرکت در ازمون استخدامی ﻛﺴﺐ ﺣﺪ ﻧﺼﺎب ﻧﻤﺮه ﻻزم و رﻗﺎﺑﺖ ﺑﻴﻦ ﻛﻠﻴﻪ داوﻃﻠﺒﺎن معلول ، و ﺑﺮ اﺳﺎس ﻗﻮاﻧﻴﻦ و ﻣﻘﺮرات ﻣﺮﺑﻮﻃﻪ خواهد بود.

**د) سهمیه بومی**

الف)بخش محل تولد داوطلب و یا همسر وی با بخش محل مورد تقاضا برای بکار گیری یکی باشد .

ب- ﺳﻜﻮﻧﺖ داوﻃﻠﺐ ﺑﻪ ﻣﺪت ﺣﺪاﻗﻞ ده ﺳﺎل ﺑﺎ اراﺋﻪ اﺳﺘﺸﻬﺎد ﻣﺤﻠﻲ ﺑﺮاﺳﺎس ﻓﺮم ﭘﻴﻮﺳﺖ (ﻣﻤﻬﻮر ﺑﻪ ﻣﻬﺮ ﻧﻴﺮوي اﻧﺘﻈﺎﻣﻲﭘﺎﺳﮕﺎه ﻳﺎ ﻛﻼﻧﺘﺮي( در بخش مورد تقاضا ﺑﺎ اراﺋﻪ ﻣﺪارك و ﻣﺴﺘﻨﺪات ذﻳﻞ اﺣﺮاز ﮔﺮدد.

-داﺷﺘﻦ ﺳﻮاﺑﻖ ﺗﺤﺼﻴﻠﻲ در ﻣﻘﺎﻃﻊ ابتدائی، راﻫﻨﻤﺎﻳﻲ ﻳﺎ دﺑﻴﺮﺳﺘﺎن در بخش ﻣﻮرد ﺗﻘﺎﺿﺎ ﺑﺎ ﺗﺎﻳﻴﺪ اداره آﻣﻮزش و ﭘﺮورش ﺷﻬﺮﺳﺘﺎن ﻣﺮﺑﻮﻃﻪ

-داﺷﺘﻦ ﮔﻮاﻫﻲ ﺗﺤﺼﻴﻠﻲ در ﻣﻘﺎﻃﻊ اﺑﺘﺪاﻳﻲ، راﻫﻨﻤﺎﻳﻲ ﻳﺎ دﺑﻴﺮﺳﺘﺎن در بخش ﻣﺤﻞ ﻣﻮرد ﺗﻘﺎﺿﺎ ﺑﺎ ﺗﺎﻳﻴﺪ اداره آﻣﻮزش و ﭘﺮوش ﺷﻬﺮﺳﺘﺎن ﻣﺮﺑﻮﻃﻪ ﻣﻲ ﺗﻮاﻧﺪ ﺑﻪ ﻋﻨﻮان ﺗﻤﺎم ﻳﺎ ﻗﺴﻤﺘﻲ از ﺳﺎﺑﻘﻪ ده ﺳﺎل ﺳﻜﻮﻧﺖ ﺑﻪ ﺷﺮط اراﺋﻪ اﺳﺘﺸﻬﺎد ﻣﺒﻨﻲ ﺑﺮ ﺗﺎﻳﻴﺪ ﺳﺎﻛﻦ ﺑﻮدن ﻓﻌﻠﻲ ﻓﺮد در بخش ﻣﺤﻞ ﻣﻮرد ﺗﻘﺎﺿﺎ ﻣﻼك ﻣﺤﺎﺳﺒﻪ ﻗﺮار ﮔﻴﺮد.

-ﮔﻮاﻫﻲ اﺷﺘﻐﺎل ﺑﻪ ﻛﺎر رﺳﻤﻲ، ﭘﻴﻤﺎﻧﻲ و ﻗﺮاردادي در ﺑﺨﺶ دوﻟﺘﻲ و ﻋﻨﺎوﻳﻦ ﻣﺸﺎﺑﻪ در ﺑﺨﺶ ﺧﺼﻮﺻﻲ .

تبصره: مبنای شهرستان برای تعیین بومی بودن ،تقسیمات کشوری در زمان ثبت نام می باشد .

**“شبکه بهداشت و درمان شهرستان ....اقلید...... جهت تامین محیط زیست تعهد ندارد”)**

**"نیروی پذیرفته شده قابل انتقال نمی باشد."**

د) -**حمایت از خانواده و جوانی جمعیت**

پیرو بخشنامه شماره 22932 مورخ 5/4/1401 رییس محترم سازمان اداری و استخدامی کشور و شورای توسعه مدیریت و سرمایه انسانی در جلسه مورخ 5/2/1401 در خصوص قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت (موضوع مصوبه شماره 278 / 69385 مورخ 19/8/1400 مجلس شورای اسلامی ) با اصلاح دستور العمل نحوه برگزاری امتحان تخصصی برای استخدام افراد در دستگاه های اجرایی به شرح ذیل موافقت نمود :

۱ -به ازای تاهل و داشتن هر فرزند ، یکسال به سقف محدوده سنی داوطلب که در دفترچه راهنمای ثبت نام درج گردیده ، اضافه خواهد شد . سنوات قابل افزایش برای تاهل و داشتن فرزند موضوع این ماده ، حداکثر پنج سال می باشد.

۲ -به ازای تاهل و نیز هر فرزند دو (۲) درصد ، حداکثر تا ده (۱۰) درصد به مجموع امتیاز آزمون کتبی داوطلب اضافه میشود. **مشروط بر آن که نرخ باروری شهرستان محل زادگاه داوطلب یا فرزند وی بالای 2.5 نباشد. مبنای تعیین نرخ باروری آخرین اعلام رسمی وزارت کشور در زمان برگزاری آزمون می باشد.**

3 – باتوجه به اینکه اعمال امتیازات و افزایش سن در نظر گرفته شده در مواد (1) و (2) این بخشنامه بر اساس اطلاعات خود اظهاری داوطلبان می باشد ، در صورتی که در مرحله بررسی مدارک و مستندات ، داوطلب فاقد مدارک مثبته باشد از سایر فرایند استخدام حذف و وضعیت این گروه از افراد متعاقبا در رقابت با سایر داوطلبان تعیین خواهد شد .

**تذکر بسیار مهم در خصوص تغییر اطلاعات ثبت نامی:**

**با توجه به اینکه اعلام نتیجه اولیه (معرفی افراد برای بررسی مدارک) بر اساس اطلاعات ثبت­نامی(خوداظهاری) داوطلبان و سهمیه­های قانونی انتخاب شده توسط آنان صورت می گیرد، به دلیل اینکه در هنگام بررسی مدارک، هرگونه تغییر در اطلاعات وارد شده به نحوی که منجر به بهره مندی داوطلب از اولویت یا امتیاز مربوطه گردد، کل فرایند اعلام نتیجه را با اختلال مواجه می سازد، لذا لازم است ورود اطلاعات مذکور در فرم تقاضانامه ثبت نام با دقت و صداقت صورت گیرد چراکه با توجه به مشکلات به وجود آمده در آزمون های قبلی، اصلاح اطلاعات مذکور در هنگام بررسی مدارک به هیچ وجه امکانپذیر نمی باشد و داوطلب حق هیچ گونه اعتراضی نخواهد داشت. بدیهی است در صورت عدم ارائه مدارک و مستندات لازم در زمان بررسی مدارک، امتیازات و سهمیه های انتخاب شده توسط داوطلبان از آنان سلب خواهد گردید.**

**بخش پنجم : مراحل و مدارک مورد نیاز جهت ثبت نام**

داوطلب باید در زمان ثبت نام، شرایط عمومی و اختصاصی مندرج در این دفترچه را داشته باشد.

1) یک قطعه عکس 3\*4 جدید

تذکر1: عكس خواهران باید با حجاب و صورت کامل آنان مشخص باشد.

تذکر 2: با توجه به مشكلات به وجود آمده در آزمونهای قبلی، در خصوص اشتباه در ارسال عكس داوطلبان، که این موضوع اکثراً برای داوطلبانی که ثبت نام آنان توسط دیگران انجام میشود رخ داده است. تاکید میگردد که علاوه بر کنترل اطلاعات ثبت نامی، حتما نسبت به کنترل عكس ارسالی دقت نمایید تا اشتباهاً عكس داوطلب دیگری به جای عكس شما الصاق نگردد. بدیهی است که در صورت ارسال عكس اشتباهی از طرف متقاضی، فرد به عنوان متخلف تلقی و مطابق مقررات با وی رفتار خواهد شد.

2) ارائه اصل و تصویر کارت ملی

3) ارائه اصل و تصویر تمام صفحات شناسنامه

4)ارائه اصل و تصویر مدرک تحصیلی و یا گواهی فراغت از تحصیل یا گواهینامه موقت تحصیلی

5) **ارائه اصل و تصویر گواهی پایان طرح یا معافیت از طرح و یا گواهی تمدید طرح**

**6)** ارائه گواهی بومی بودن بر اساس تائیدیه بخشداری و فرمانداری شهرستان

7) ارائه ریز سوابق بیمه جهت احتساب سوابق مربوطه

**محل ثبت نام: شبکه بهداشت و درمان شهرستان .....اقلید............. واحد ستاد توسعه شبکه و ارتقاء سلامت**

**تلفن هماهنگی : .........................07144557002...........**

**بخش ششم : زمان و مکان برگزاری آزمون**

ثبت نام از روز ......9 اردیبهشت 403...................... لغایت .....20 اردیبهشت 403.................... انجام خواهد پذیرفت ، مدت ثبت نام به هیچ وجه قابل تمدید نمي باشد

موکداً تاکید می گردد متقاضیان باید در مدت زمان فوق نسبت به ثبت نام اقدام نموده و از موکول نمودن آن به روزهای پایانی خودداری نمایند. به ثبت نام های ناقص ترتیب اثر داده نخواهد شد**.**

کارت شرکت در امتحان مذکور از روز...22 اردیبهشت403................ لغایت ......23 اردیبهشت 403................... در شبکه بهداشت و درمان شهرستان **اقلید** - واحد ستاد توسعه شبکه توزیع می گردد.

**زمان و محل برگزاری آزمون کتبی: در تاریخ ...30 اردیبهشت 403 ... روز ..یکشنبه............. ساعت ..10 صبح... ، در مکان..سالن اجتماعات مرکز بهداشت اقلید... برگزار می شود.**

**زمان مصاحبه حضوری: متعاقباً اعلام خواهد شد.** **محل برگزاری مصاحبه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شیراز**

 **(صدور کارت شرکت درآزمون به منزله تایید اطلاعات ارسالی از سوی داوطلبان نبوده و مدارک داوطلبان پس از اجرای آزمون بررسی قرار خواهد گرفت.)**

**بخش هفتم : نحوه پذیرش داوطلبان و اعلام نتیجه**

**اعلام نتیجه و انتخاب افراد به ترتیب زیر صورت می پذیرد:**

محاسبه نمره كل اوليه داوطلبان براساس نمره دروس اختصاصي خواهد بود.

1-اعمال سهمیه­های قانونی و محاسبه نمره کل نهایی و اعلام فهرست معرفی شدگان مرحله اول بر اساس نمره فضلی

2-از داوطلبان پس از اعلام نتایج اولیه آزمون کتبی، به میزان 3 برابر ظرفیت ، به ترتیب نمره فضلی برای انجام مصاحبه اقدام خواهد شد.

3-معرفی افراد به تعداد یک برابر ظرفیت پذیرش، به ترتیب نمره کل نهایی به هسته گزینش دانشگاه

 **تذكرات و توصیه­های کلی:**

1. **داوطلبان صرفاً در صورتی می‌توانند در این آزمون ثبت نام نمایند که مدرک تحصیلی (مقطع، رشته و گرایش تحصیلی) آنان مطابق با عناوین مدرک تحصیلی (مقطع، رشته و گرایش تحصیلی) مندرج در شرایط احراز مشاغل قید شده در آگهی استخدامی یکسان بوده و همچنین عنوان مدرک تحصیلی ثبت نامی (مقطع، رشته و گرایش تحصیلی) داوطلب، در متن گواهینامه موقت یا دانشنامه وی درج گردیده باشد.**
2. **در صورتی که برای برخی از رشته های تحصیلی در آگهی منتشره، گرایش خاصی ذکر شده باشد، صرفاً فارغ‌التحصیلان همان رشته و گرایش تحصیلی می توانند در آزمون ثبت نام نمایند. اما در صورتی که هر یک از رشته‌های تحصیلی بدون ذکر گرایش در آگهی درج شده باشد، فارغ التحصیلان کلیه گرایش های آن رشته تحصیلی در مقطع مورد نظر، می توانند در آزمون ثبت نام نمایند.**
3. **ارائه هرگونه گواهی از مراجع مختلف مبنی بر تطابق رشته‌ها و یا گرایش‌های تحصیلی با رشته یا گرایش ‌های تحصیلی عنوان شده در آگهی جهت ادامه فرایند موضوعیت نداشته و صرفاً عین عنوان رشته‌ و یا گرایش‌های تحصیلی مندرج در آگهی ملاک عمل می‌باشد. از اینرو داوطلبانی که در مرحله بررسی مدارک، از لحاظ شرایط احراز اعلام شده در آگهی منتشره، غیر واجد شرایط تشخیص داده شوند از ادامه فرایند بکارگیری حذف و معرفی آنان در این مرحله، کان لم یکن تلقی گردیده و هیچگونه حق و امتیازی برای داوطلب ایجاد نکرده و متقاضی حق هیچ‌گونه اعتراضی ندارد.**
4. **داوطلبان می‌بایست سلامت جسمانی و روانی و توانایی برای انجام کاری که بکارگیری می‌شوند را داشته باشند. در صورت عدم تأیید توانایی داوطلبان استخدام توسط دستگاه مربوطه در مرحله مصاحبه و معاینه پزشکی، مرجع رسیدگی به اعتراض داوطلبان، شورای پزشکی دانشگاه علوم پزشکی استان مربوطه می‌باشد.**
5. **مسئولیت ناشی از عدم رعایت دقیق ضوابط و شرایط اعلام شده در متن آگهی و یا ارائه مدارک به صورت ناقص در زمان تعیین شده و یا هرگونه مغایرت بين اطلاعاتي كه داوطلب در زمان تکمیل تقاضانامه ثبت نام با مستنداتي كه در اعلام نتیجه اولیه و بررسی مدارک ارائه خواهد شد برعهده داوطلب خواهد بود و در صورتی که مدارک داوطلبان از جمله مدارک تحصیلی، پایان خدمت یا معافیت دائم، سن، ایثارگری، و سابقه اشتغال غیررسمی در دستگاه‌های اجرایی (برای محاسبه حداکثر سن) و همچنین اطلاعات خود اظهاری داوطلب در تقاضانامه ثبت نامی، مغایر با شرایط مندرج در این آگهی باشد، هیچ‌گونه حقی و امتیازی برای متقاضی ایجاد نخواهد کرد و در هر مرحله از آزمون (اعلام نتایج اولیه، مصاحبه ، گزینش و حتی در صورت پذیرش نهایی و یا بکارگیری) امتیاز یا اولویت مربوطه از داوطلب سلب و حق هیچ‌گونه اعتراضی ندارد.**
6. **داوطلبان بایستی به مبنای تاریخ­های اشاره شده در آگهی توجه کافی داشته باشند. لازم به ذکر است ملاك عمل براي تاريخ گواهي فراغت از تحصيل، معافيت دائم و پايان خدمت نظام وظيفه، تاریخ شروع به طرح (جهت افرادی که در دوران طرح اجباری می­باشند)، تاریخ پایان طرح (جهت متقاضیان در سایر دانشگاه­ها)وغیره .آخرين روز ثبت نام و ملاک محاسبه سن، اولین روز ثبت نام می باشد.**
7. **استخراج فهرست اسامی افراد صرفاً بر اساس نمره کل اولیه خواهد بود و جهت اطلاع داوطلبان شرکت کننده در آزمون از وضعیت علمی نمرات خود می­باشد و فاقد هرگونه ارزش قانونی دیگری از جمله بکارگیری می باشد.**
8. **داوطلبانی که در زمان های مشخص شده ، نسبت به ارائه مدارک و مستندات لازم اقدام ننمایند از انجام مراحل بعدی محروم و حق هیچگونه اعتراضی نخواهند داشت. بدیهی است دانشگاه در اینگونه موارد از سایر شرکت کنندگان به ترتیب نمره فضلی دعوت خواهند نمود.**

|  |
| --- |
| **رشته شغلی مورد نیاز جهت آزمون برنامه پزشک خانواده مرکز خدمات جامع سلامت روستایی شهری** **سده – حسن آباد.****شبکه بهداشت و درمان شهرستان ........اقلید................** |
| **شغل** | **محل خدمت** | **تعداد** | **جنسیت** | **شرایط اختصاصی** |
|
| **کارشناس تغذیه**  | **مرکز خدمات جامع سلامت روستایی شهری سده – حسن آباد..............** **شهرستان ...........اقلید...............** | **1** | مرد/زن  | کارشناس علوم تغذیه کارشناس ارشد یکی از رشته های زیر به شرط دارابودن مدرک لیسانس علوم تغذیهتغذیه بالینی، علوم بهداشتی در تغذیه، علوم تغذیه، علوم تغذیه در بحران و حوادث غیر مترقبه، آموزش پزشکی، آموزش پزشکی، بهداشت و ایمنی مواد غذایی، بیوشیمی، سلامت سالمندی، علوم و صنایع غذایی، فیزیولوژی ورزشی(تغذیه ورزشی)، کنترل مواد خوراکی و آشامیدنی، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، میکروب شناسی مواد غذایی، مهندسی کشاورزی . |

|  |
| --- |
| بسمه تعالی"فرم استشهاد محل سکونت جهت شرکت در آزمون جذب نیروی قراردادی پزشک خانواده "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 امضا کنندگان ذیل گواهی می نماییم 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 می نمایم. امضاء و اثر انگشتاینجانب ................................ به کد ملی ................................ صحت مراتب فوق را گواهی می نمایم. امضاء و اثر انگشتاینجانب ................................ به کد ملی ................................ صحت مراتب فوق را گواهی می نمایم. امضاء و اثر انگشت |

|  |
| --- |
| این قسمت توسط نیروی انتظامی (پاسگاه یا کلانتری محل) تکمیل گردد.موارد فوق مورد تأیید این .................................... می باشد. محل مهر- امضاء پاسگاه یا کلانتری محل |

|  |
| --- |
| تذکرات مهم:1-تکمیل این فرم برای تمامی داوطلبان بومی بخش که متقاضی استفاده از اولویت استخدام به لحاظ ساکن بودن با سابقه حداقل ده سال سکونت می باشند، الزامی است.2-داوطلبان بومی بخش که دارای سوابق تحصیلی در مقاطع ابتدایی، راهنمایی و یا دبیرستان در شهرستان مورد تقاضا باشند، با تأیید اداره آموزش و پرورش بخش مربوطه صرفاً می توانند از آن برای احراز تمام و یا قسمتی از سوابق ده سال سکونت دربخش مورد تقاضا بهره مند گردند و تکمیل این فرم برای احراز سکونت فعلی آنان دربخش مورد نظر، الزامی می باشد. |

|  |
| --- |
| برگ درخواست استخدام قراردادی پزشک خانواده |

|  |
| --- |
| **1- اطلاعات شخصي:** |
| نام و نام خانوادگي: | نام پدر:  | شماره شناسنامه :  | تاريخ تولد : / / 13  |
| كد ملي: | تاريخ و محل صدور شناسنامه‌: | محل تولد: استان: شهرستان: بخش: | دين (مذهب) : |
| **وضعيت تاهل:** مجرد ○ متاهل○ تعداد فرزندان : | مليت: |
| **سلامت وضعيت روحي و جسماني** ○بلي ○خيردرصورت خيرتوضيح دهيد: |
| **2- خدمت نظام وظيفه:** ○ انجام داده ○معاف از خدمت : ذكر نوع وعلت معافيت:  |
| **3- مدرک تحصيلي:** |
| مدرك تحصيلي | رشته تحصيلي | معدل كل | تاريخ شروع | تاريخ پايان | نام مؤسسه آموزشي | شهر - كشور |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **4- تجربيات شغلي:** |
| نام سازمان يا شركت(به ترتيب از آخرين سابقه) | سمت / شرح شغل | مدت سابقه | تاريخ شروع | تاريخ پايان | آخرين حقوق و مزايا/ريال | علت ترك خدمت |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **5-سهمیه ثبت نامی: بومی** ○ **آزاد** ○ **ایثارگری 5 درصد** ○ **ایثارگری25درصد** ○ **معلولیت** ○ |
| **6-آيا داراي سابقه پرداخت حق بيمه هستيد؟** در صورت مثبت بودن چند سال؟ |
| **7- آدرس محل سكونت:** |
| آدرس محل سكونت : **تلفن همراه :**  تلفن ثابت:  |
| **بدينوسيله صحت كليه اطالاعات مندرج در اين فرم را تأييد و گواهي مي نمايم.**نام و نام خانوادگي : امضاء و تاريخ: توجه :‌تكميل نمودن اين فرم هيچگونه تعهدي در قبال استخدام شما ايجاد نمي نمايد.  |