

## آگهی پذیرش کاردان یا کارشناس بهداشتی زن و پرستار: (مامایی / بهداشت خانواده یا عمومی، پرستاری)

برای اشتغال به کار در خانه بهداشت مزرعه پهن (بصورت خرید خدمت) (جهت ۹ ماه) نیاز به یک نفر بهورز زن می باشد مرکز بهداشت شهرستان قزوین، مرکز جامع سلامت روستایی زاخرویه، خانه بهداشت مزرعه پهن شرایط عمومی داوطلبان :

- ۱- اعتقاد به دین مبین اسلام یا یکی از ادیان رسمی کشور
  - ۲- داشتن سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی و توانایی برای انجام کار بهورزی
  - ۳- احراز بومی بودن داوطلب با تایید شورای اسلامی روستای مزرعه پهن ( سکونت داوطلب در یک سال اخیر در منطقه تحت پوشش خانه بهداشت مربوطه، قمر و تا حداکثر شعاع ۱۵ کیلومتری
- داشتن مدرک تحصیلی کاردانی یا کارشناسی بهداشت خانواده، بهداشت عمومی، پرستاری یا مامایی (بهورز زن). اولویت پذیرش بهورز خرید خدمت توسط شهرستان به قرار ذیل است:
- کاردان یا کارشناس بهداشتی رشته های مامایی- بهداشت خانواده-بهداشت عمومی -پرستاری- به ترتیب اولویت در روستای اصلی-قمر - شعاع ۳۰ کیلومتری
  - در صورت عدم وجود کاردان یا کارشناس بهداشتی در رشته های مامایی- بهداشت خانواده-بهداشت عمومی - پرستاری اولویت پذیرش با کارشناسی در رشته های فوق به ترتیب در روستای اصلی -قمر وشعاع ۳۰ کیلومتری می باشد.
  - در صورت عدم وجود کاردان و کارشناس در رشته های مذکور ودر محدوده روستای اصلی -قمر وشعاع ۳۰ کیلومتری اولویت به ترتیب با نیروی کاردان و کارشناس در رشته های فوق خارج از شعاع ۳۰ کیلومتری در روستای مورد پذیرش بهورز خواهد بود.

(گذرا ندن طرح نیروی انسانی در رشته های فوق در اولویت پذیرش قرار دارند)

- ۱- خانواده های معظم شهدا و ایثارگران واجد شرایط فوق الذکر در اولویت هستند .
- ۲- از کلیه داوطلبان از مسائل بهداشتی عمومی وشرح وظایف بهورز مصاحبه بعمل خواهد آمد .
- ۳- پس از تأیید نهایی داوطلبان برای طی دوره آموزشی یک ماهه به یکی از مراکز آموزش بهورزی معرفی خواهند شد(دوره آموزشی بهورزی جزء مدت قرار داد محسوب نمی شود و مرکز بهداشت شهرستان تعهدی برای تامین غذای داوطلب ندارد . اما امکانات زیست در این مدت در مرکز آموزش بهورزی را برای داوطلبان فراهم می کند)به ازای هر دوره یک ماهه برای هر نفر ۵ میلیون ریال از مطالبات برنده مناقصه یا داوطلب بهورزی کسر می گردد )
- ۴- بعد از صدور گواهی دوره آموزش یکماهه برای عقد قرارداد به پیمانکار مربوطه معرفی خواهند شد .

۵- چنانچه در هر یک از مراحل پذیرش خلاف اطلاعات اعلام شده توسط داوطلب محرز شود، مراحل طی شده کان لم یکن تلقی گردیده و در صورت شرکت داوطلب در کلاسهای آموزشی اخراج گردیده و هزینه های مربوطه از وی اخذ خواهد شد و حق اعتراضی ندارد .

مدارک مورد نیاز :

۱- تکمیل فرم برگ درخواست شغل

۲- تأییدیه شورای اسلامی روستای مورد نظر مبنی بر بومی بودن داوطلب و پذیرش ایشان توسط شورای اسلامی روستا(که به تأیید مرکز بهداشت شهرستان رسانیده شده است)

۳- تصویر برابر اصل آخرین مدرک تحصیلی ( ارائه گواهی پایان طرح در صورت پایان طرح نیروی انسانی)

۴- تصویر تمام صفحات شناسنامه و کارت ملی

۵- سه قطعه عکس ۳×۴ جدید تمام رخ پشت نویسی شده داوطلب

۶- گواهی بنیاد شهید و جانبازان برای داوطلبان واجد شرایط مربوطه

بعد از پذیرش:

۷- ارائه گواهی گذراندن دوره آموزشی (یک ماهه) قبل از شروع به کار

۸- تأییدیه گزینش

۹- کپی قرارداد پیمانکار

کلیه داوطلبانی که شرایط مندرج در آگهی را دارا می باشند می بایست از تاریخ ۱۴۰۳/۰۲/۱۰ لغایت ۱۴۰۳/۰۲/۲۲ به واحد ستاد توسعه شبکه و ارتقاء سلامت شبکه بهداشت و درمان شهرستان قیروکارزین مراجعه و نسبت به ثبت نام اقدام نمایند. در صورت هرگونه سوال با شماره ۵۴۵۲۶۹۲۰ تماس حاصل فرمائید.

**\*\*((لازم به ذکر است که این آگهی صرفاً خرید خدمت از طریق پیمانکار بصورت سالیانه بوده و هیچ تعهدی مبنی بر استخدام بهورز نمی باشد))**

۱- مشخصات فردی:

نام:	۲- نام خانوادگی:	۳- نام پدر:
۴- شماره شناسنامه:	۵- شماره ملی:	۶- جنسیت:
۷- تاریخ تولد:	۸- محل تولد:	۹- وضعیت خدمت نظام وظیفه: پایان خدمت <input type="checkbox"/> معاف <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
۱۰- نوع مدرک: <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> دانشجو <input type="checkbox"/> فارغ تحصیل <input type="checkbox"/> دانشجو: <input type="checkbox"/> کاردان <input type="checkbox"/> کارشناس <input type="checkbox"/> رشته تحصیلی: <input type="checkbox"/>		
۱۱- وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> تعداد فرزند: ۱۲-		
۱۳- نام و نام خانوادگی همسر:	۱۴- تحصیلات همسر:	۱۵- شغل همسر:
۱۶- نشانی کامل محل سکونت فعلی:		
۱۷- شماره تماس (ثابت):		
۱۸- تلفن همراه:		
۱۹- شماره تماس در مواقع ضروری: نام و نام خانوادگی: نسبت با متقاضی:		

۲۰- اینجانب.....مسئولیت ناشی از عدم رعایت دقیق ضوابط و شرایط اعلام شده در متن آگهی را پذیرفته و چنانچه در هر یک از مراحل پذیرش، خلاف اطلاعات اعلام شده توسط اینجانب محرز شود، مراحل طی شده کان لم یکن تلقی و حتی در صورت شرکت در کلاسهای آموزشی ضمن قبول اخراج، متعهد می گردم برابر تعهد اخذ شده موظف به پرداخت هزینه های مربوطه شوم و حتی در صورت لغو حکم استخدامی صادر شده، حق هر گونه اعتراضی را از خود سلب می نمایم.  
تاریخ و امضاء و اثر انگشت:

۲- رضایت نامه سرپرست داوطلب (مخصوص داوطلبان زن)

۲۱- بدینوسیله اینجانب .....سرپرست/ولی/اقیم خانم/آقای.....فرزند.....رضایت کامل خود را برای شرکت نامبرده در آموزش دوره بهورزی به عنوان بهورز برای خانه بهداشت.....اعلام می دارم.  
تاریخ و امضاء و اثر انگشت:

۴- تائیدیه خانه بهداشت، مرکز خدمات جامع سلامت مربوطه:

۲۳- بدینوسیله سکونت خانم/آقای.....فرزند.....باکدملی.....به شماره خانوار.....از تاریخ..... لغایت.....در روستای(اصلی قمر همجوار  )به روستای.....مورد تائید می باشد.(در صورت تخلف در تائید بومی بودن طبق آگهی با همکاران متخلف بر خورد قانونی خواهد شد.)

نام و نام خانوادگی مسول مرکز خدمات جامع سلامت:  
مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی بهورز خانه بهداشت:  
مهر و امضاء

۵- تائیدیه تیم بررسی کنندگان:

۲۴- بدینوسیله سکونت خانم/آقای.....فرزند.....باکدملی.....به شماره خانوار.....از تاریخ..... لغایت.....در روستای(اصلی قمر همجوار  )به نام روستای.....طبق بررسی ها ومستندات مورد تائید می باشد.(در صورت تخلف در تائید بومی بودن طبق آگهی با همکاران متخلف بر خورد قانونی خواهد شد.)

نام و نام خانوادگی رییس مرکز بهداشت شهرستان.....  
مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی مسول گسترش شهرستان.....  
مهر و امضاء

۲۲- بدینوسیله بومی بودن و سکونت خانم/آقای.....فرزند.....با کد ملی..... از تاریخ.....لغایت.....در روستای  
(اصلی) قمر (همجوار) به نام . روستای .....مورد تایید می باشد.

### شرایط بومی بودن:

۱- از لحاظ شناسنامه ای: محل تولد داوطلب با روستا یا شهرستان مورد تقاضا یکی باشد و همچنین سکونت داوطلب حداقل در دوسال اخیر از تاریخ...لغایت.....در روستای مورد نظر محرز گردد.

۲- حداقل دومقطع کامل از مقاطع تحصیلی (ابتدایی، راهنمایی یا متوسطه اول و متوسطه دوم) را در روستا یا شهرستان مورد تقاضای پذیرش بهروز طی کرده باشد و همچنین سکونت داوطلب حداقل در دوسال اخیر از تاریخ...لغایت.....در روستای مورد نظر محرز گردد.

۳- داوطلبان زنی که شرایط بند ۱ و ۲ را نداشته باشند ولی با فرد شاغل در همان روستای محل گزینش بهروز و دارای شرایط ۱ و ۲ ازدواج کرده باشد حداقل ۲ سال از تاریخ ازدواج آنان تا تاریخ... گذشته باشد و سکونتشان در محل مورد تقاضای پذیرش بهروز در این مدت محرز شده باشد بومی تلقی می گردد.

۴- داوطلبی که تا قبل از ثبت نام به دلیل ادامه تحصیل، طرح و یا اشتغال و انجام دوره خدمت وظیفه سربازی در خارج از محل، سکونت داشته باشند مشروط به آنکه فرمانداری، خانه بهداشت و مرکز بهداشت شهرستان بومی بودن و اقامت وی را قبل از وضعیت های فوق در منطقه مورد تقاضا تایید نمایند. پذیرش آن ها بلامانع می باشد. لذا برای گروههای مذکور اقامت در دوسال اخیر در روستای مورد نظر مشروط بر اینکه خانواده وی اقامت دایم در روستای مورد نظر داشته باشند ضرورت ندارد.

۴- در راستای سیاست حفظ ثبات و دوام خانواده و همچنین لحاظ نمودن قانون حمایت از خانواده پذیرش داوطلبان متاهل مطابق با بند ۱ و ۲ که تا قبل از ثبت نام به ادامه تحصیل، گذراندن مدت طرح و انجام دوره خدمت سربازی به همراه همسر خود در خارج از روستا سکونت داشته اند بلامانع می باشد

نام و نام خانوادگی فرماندار یا نماینده وی

مهر و امضاء

برگ درخواست شغل بهورزی از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز (شماره ۲)

۱- نام خانوادگی:		۲- نام	
۳- نام پدر:		۴- جنس: ۱- مرد <input type="checkbox"/> ۲- زن <input type="checkbox"/>	
۵- تاریخ تولد: روز		۶- محل تولد: استان: ..... شهرستان: .....	
ماه		بخش: ..... روستا: .....	
۷- شماره شناسنامه:		۸- کد ملی:	
۹- محل صدور شناسنامه:		۱۰- دین:	
۱۱- وضعیت تاهل: ۱- متاهل <input type="checkbox"/> ۲- مجرد <input type="checkbox"/>		تعداد فرزند:	
۱۲- وضعیت نظام وظیفه: ۱- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> (مدت خدمت ضرورت ماه ..... سال .....) ۲- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/>			
۱۳- وضعیت اینثارگری: (در صورت داشتن هر کدام از شرایط زیر گواهی مربوطه ضمیمه گردد.) ۱- <input type="checkbox"/> جانبازان ۲- <input type="checkbox"/> آزادگان ۳- <input type="checkbox"/> فرزندان شهید ۴- <input type="checkbox"/> فرزندان جانبازان ۵- <input type="checkbox"/> فرزندان آزادگان دارای یکسال اسارت و بالای یکسال اسارت			
۱۴- سایر موارد ۱- سهمیه آزاد <input type="checkbox"/> ۲- معلولین <input type="checkbox"/> ۳- افراد بومی <input type="checkbox"/> ۴- مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان <input type="checkbox"/> (مدت خدمت ... روز ... ماه ... سال) گواهی ضمیمه گردد.			
۱۵- آخرین مدرک تحصیلی: <input type="checkbox"/> کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/>			
۱۶ رشته تحصیلی:		۱۸ معدل:	
گرایش تحصیلی:		تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی: ...../...../۱۳	
۱۷ دانشگاه محل تحصیل:		استان محل تحصیل:	
۱۹ نوع دیپلم		محل اخذ دیپلم: .....	
۲۰- محل جغرافیایی شغل بهورزی مورد تقاضا (فقط روستایی انتخاب شود که فرد متقاضی بومی آن روستا باشد).....			
۲۱- محل جغرافیایی انجام طرح برای مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان که در حین انجام تعهدات قانونی هستند. محل خدمت .....			
۲۲- نشانی کامل: محل سکونت: استان ..... شهرستان ..... روستا ..... خیابان ..... کوچه ..... پلاک .....			
کد پستی ..... شماره تلفن ثابت ..... شماره تلفن همراه .....			
۲۳- دو شماره تلفن برای تماس ضروری: ..... و .....			
اینجانب آقا/خانم ..... متقاضی شرکت در آزمون پیمانی /قرارداد کار معین دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز متن آگهی را با دقت و به طور کامل مطالعه و سپس تقاضای فوق را تکمیل نموده و مسئولیت صحت کلیه مندرجات آن را به عهده می گیرم ( از نظر محل سکونت اعلام شده و غیره ... ) در صورت اثبات خلاف اظهارات اینجانب در هر مقطع زمانی (قبل و بعد از اشتغال) هر گونه حقی را برای استخدام در آن دستگاه از خود سلب می نمایم .			
۲۴- تاریخ تنظیم فرم:		نام و نام خانوادگی متقاضی: امضاء و اثر انگشت	

## فرم تاییدیه داوطلب و تحویل مدارک مورد نیاز ثبت نام

شهرستان: \_\_\_\_\_

خانه بهداشت: \_\_\_\_\_

نام و نام خانوادگی متقاضی: \_\_\_\_\_

نام پدر: \_\_\_\_\_

کد ملی \_\_\_\_\_

### مدارک مورد نیاز و تحویل شده کاغذی + فایل:

تاریخ تحویل مدرک:	<input type="radio"/>	خیر	<input type="radio"/>	بلی	۱- فرم احراز سکونت تکمیل و تحویل شده است.
تاریخ تحویل مدرک:	<input type="radio"/>	خیر	<input type="radio"/>	بلی	۲- برگ درخواست شغل تکمیل و تحویل شده است:
تاریخ تحویل مدرک:	<input type="radio"/>	خیر	<input type="radio"/>	بلی	۳- تصویر شناسنامه موجود و تحویل شده است:
تاریخ تحویل مدرک:	<input type="radio"/>	خیر	<input type="radio"/>	بلی	۴- تصویر کارت ملی موجود و تحویل شده است:
تاریخ تحویل مدرک:	<input type="radio"/>	خیر	<input type="radio"/>	بلی	۵- تصویر مدرک تحصیلی موجود و تحویل شده است:
تاریخ تحویل مدرک:	<input type="radio"/>	خیر	<input type="radio"/>	بلی	۶- داوطلب سهمیه ایثارگری دارد یا خیر:

در صورتی که سهمیه ایثارگری دارد مدرک معتبر ایثارگری بر اساس آگهی موجود و تحویل شده است: بلی  خیر

\*مشمولین سهمیه ۲۵ درصد می بایست تصویر کارت شناسایی از بنیاد شهید و امور ایثارگران باکواهی از این بنیاد ارائه نمایند.  
\* مشمولین سهمیه ۵ درصد می بایست کواهی لازم از سازمان مربوطه ارائه نمایند

تاریخ تحویل مدرک:	<input type="radio"/>	خیر	<input type="radio"/>	بلی	۷- عکس در پرونده موجود و تحویل شده است:
تاریخ تحویل مدرک:	<input type="radio"/>	خیر	<input type="radio"/>	بلی	۸- تصویر کارت پایان خدمت موجود و تحویل شده است:
تاریخ تحویل مدرک:	<input type="radio"/>	خیر	<input type="radio"/>	بلی	۹- تصویر پایان طرح موجود و تحویل شده است: (در صورت نیاز)

اطلاعات فوق مورد تایید اینجانب ..... می باشد

نام و نام خانوادگی متقاضی بهورزی: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_ امضا و اثر انگشت: \_\_\_\_\_

مدارک فوق در پرونده موجود و تحویل رابط ثبت نام شده است:

نام و نام خانوادگی مسول گسترش  
مهر و امضا

نام و نام خانوادگی رابط ثبت نام  
مهر و امضا

نام و نام خانوادگی رییس مرکز بهداشت شهرستان  
مهر و امضا



