

به نام خدا

**دفترچه راهنمای ثبت نام  
آزمون بکارگیری نیروی قراردادی  
برنامه پزشک خانواده روستایی شبکه  
بهداشت و درمان شهرستان آباده  
مرکز خدمات جامع سلامت شهری  
روستایی / روستایی ایزدخواست**

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

### مقدمه :

شبکه بهداشت و درمان /آباده در نظر دارد برای تامین نیروی مورد نیاز خود در رشته شغلی کارشناس تغذیه از محل مجوز شماره ۱۷۸۹۸۴ مورخ ۱۴۰۳/۰۴/۰۶ ، فرد واجد شرایط را به استناد تبصره ۶ ماده ۳۱ 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 طریق آزمون کتبی و مصاحبه در حیطه تخصصی به صورت قرارداد برنامه پزشک خانواده صرفا جهت مرکز خدمات جامع سلامت روستائی ایزدخواست به منظور خدمت رسانی به جمعیت هدف مرکز ذکر شده با شرایط و ضوابط ذیل بکارگیری نمایند.

**توجه : این نیروها در قالب طرح پزشک خانواده می باشد و هیچگونه رابطه استخدامی با شبکه بهداشت، درمان شهرستان آباده ندارند و تعهد استخدامی ویلند اوم انجام کار برای شبکمه 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:

۱. **موسسه:** به دانشگاه ها یا دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و سایر موسسات تابعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اطلاق می شود که با توجه به اهداف و برنامه های آتی خود نسبت به رفع نیازهای نیروی انسانی مراکز بهداشتی، مراکز درمانی و بیمارستان ها و سایر واحدهای تابعه، اقدام به استخدام می نمایند.
۲. **دستگاه اجرایی:** کلیه وزارتخانه ها، مؤسسات دولتی، مؤسسات یا نهادهای عمومی غیردولتی، شرکت های دولتی و کلیه دستگاه هایی که شمول قانون بر آن ها مستلزم ذکر و یا تصریح نام است از قبیل شرکت ملی نفت ایران، سازمان گسترش و نوسازی صنایع ایران، بانک مرکزی، بانک ها و بیمه های دولتی، (کلیه دستگاه های موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری) دستگاه اجرایی نامیده می شوند.
۳. **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.
۴. **داوطلب قراردادی کار معین:** به شخصی اطلاق میشود که به صورت قانونی در یکی از دانشگاه های علوم پزشکی کشور یا سایر موسسات تابعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در قالب قرارداد انجام کار معین (موضوع تبصره ۵ ماده ۳۱ آیین نامه اداری استخدامی کارکنان غیر هیات علمی دانشگاه های علوم پزشکی کشور) اشتغال داشته باشد.

۵- **داوطلب قراردادی پزشک خانواده:** فردی که براساس مفاد تبصره ۶ ماده ۳۱ آیین نامه و از طریق قرارداد طرح پزشک خانواده در حال انجام وظیفه در مراکز بهداشت تابعه دانشگاه/دانشکده می باشد.

۶- **داوطلب قرارداد مشاغل کارگری:** به شخصی اطلاق میشود که به صورت قانونی در یکی از دانشگاههای علوم پزشکی کشور یا سایر موسسات تابعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در قالب قرارداد مشاغل (کارگری) موضوع ماده ۳۲ آیین نامه مذکور) اشتغال داشته باشد

۷- **داوطلب شرکتی:** به شخصی اطلاق میشود که به صورت قانونی از طریق یکی از شرکتهای طرف قرارداد دانشگاههای علوم پزشکی کشور یا سایر موسسات تابعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به صورت خرید خدمت از بخش خصوصی (موضوع تبصره ماده ۲۲ آیین نامه مذکور) اشتغال داشته باشد .

۸- **داوطلب ایثارگر:** ایثارگران شامل موارد زیر هستند:

الف) ایثارگران سهمیه بیست و پنج درصد (۲۵) شامل:

|  |
|--|
| جانبازان   |
| آزادگان  |
| همسر و فرزندان شهدا  |
| همسر و فرزندان جانبازان بیست و درصد پنج و بالاتر                       |
| همسر و فرزندان آزادگان دارای یک سال و بالای یک سال                     |
| اسارت پدر، مادر، خواهر و برادر شهید                                    |
| ب) ایثارگران سهمیه پنج درصد (۵) شامل:                                  |
| رزمندگان با سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه در جبههها                |
| همسر و فرزندان رزمندگان با سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه در جبههها |
| فرزندان جانبازان زیر بیست و پنج درصد                                   |
| فرزندان آزادگان کمتر از یک سال اسارت                                   |

تذکر: مراجع تایید جبهه مدت حضور داوطلبانه در جبهه ها عبارتند :

۱ - معاونت رده نیروی انسانی هر یک از ردهای نیروهای مسلح در مورد رزمندگان متبوع خود

۲ - معاونت نیروی انسانی سازمان بسیج مستضعفان سپاه پاسداران انقلاب اسلامی در مورد بسیجیان و نیروهای مردمی اعم از مستخدمین 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 و مقررات مربوط به بکارگیری ایثارگران را رعایت نماید (اطلاعات به روز). شرایط ایثارگری 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، ۳۰ درصد مجموع کل مجوزها بر اساس نمره آزمون و رتبه فضلی برای پذیرش، به داوطلبین دارای شرایط استفاده از سهمیه ایثارگری اختصاص داده شود. ولی در آزمون های استخدامی مکان هایی که صرفاً یک نفر جهت استخدام در نظر گرفته می شود، سهمیه ایثارگران لحاظ نمی گردد و در بقیه موارد (بالای یک نفر) سهمیه ایثارگران طبق قانون می بایست لحاظ گردد.

۹ - **داوطلب معلول:** به داوطلبی اطلاق می شود که با ارائه معرفی نامه از سازمان بهزیستی مشمول استفاده از ۳ درصد سهمیه استخدامی قانون حمایت از حقوق معلولان می باشد

۱۰ - **داوطلب آزاد:** به شخصی اطلاق می شود که در زمان ثبت نام مشمول سهمیه ایثارگران و سهمیه معلولین نباشد.

## بخش دوم: شرایط عمومی و اختصاصی بکارگیری

### ۱. شرایط عمومی داوطلبان

- ۱- داشتن تابعیت ایران
- ۲- اعتقاد به دین مبین اسلام یا یکی از ادیان شناخته شده در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران
- ۳- التزام به قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران
- ۴- عدم اعتیاد به دخانیات و مواد مخدر روانگردان .
- ۵- نداشتن سابقه محکومیت جزائی موثر .
- ۶- دارا بودن مدرک تحصیلی از دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی معتبر یا مراکز معتبر .
- ۷- داشتن سلامت جسمانی و روانی و توانایی برای انجام کاری که بکارگیری می شوند (در مرحله اول به تشخیص شورای طب کار و در صورت صلاحدید دانشگاه در مرحله بعد ارجاع به کمیسیون پزشکی دانشگاه).
- ۸- عدم وجود هرگونه ممنوعیت استخدام در دستگاه های اجرایی توسط آراء مراجع قضایی و ذی صلاح.
- ۹- داوطلبان نباید جزء نیروهای بازخرید خدمت و همچنین بازنشسته دستگاه های اجرایی باشند.

### شرایط آزمون:

آزمون شامل دو مرحله می باشد: الف) آزمون کتبی ۷۰ درصد نمره ب) مصاحبه ۳۰ درصد نمره را به خود اختصاص می دهد. ضمناً شرکت کنندگان در مرحله مصاحبه به تعداد سه برابر ظرفیت پذیرش نیرو از بین بالاترین نمرات آزمون کتبی انتخاب و مصاحبه می گردد.

اصول کلی تغذیه و رژیم درمانی کراوس، بسته جامع خدمات تغذیه در تحول سلامت ویرایش بهار ۱۴۰۰، بسته آموزشی تغذیه ویرایش بهار ۱۴۰۰

### ۲. شرایط اختصاصی بکارگیری:

#### تذکرات مهم در خصوص شرایط عمومی:

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

- ۱- افراد بازنشسته و بازخرید خدمت دستگاههای اجرایی
- ۲- انفصال شدگان دائم از خدمت و یا اخراج شدگان توسط واحدهای تابعه وزارت بهداشت
- ۳- افرادی که به موجب آراء مراجع قضائی و ذیصلاح، از خدمات دولتی منع شده باشند.
- ۴- افرادی که تعهد انجام کار به سایر موسسات و یا دستگاههای اجرایی دارند.
- ۵- دارندگان مدارک تحصیلی معادل در رشته تحصیلی آگهی شده.
- ۶- اشتغال به تحصیل (در صورت اشتغال به تحصیل و عدم ارائه گواهی انصراف از تحصیل قبولی فرد کان لم یکن تلقی خواهد شد)

#### الف) شرایط سنی داوطلبان:

داشتن حداقل ۲۰ سال و حداکثر ۴۰ سال تمام برای دارندگان مدرک تحصیلی کاردانی، کارشناسی و کارشناسی

ارشد و داشتن حداکثر ۴۵ سال تمام برای دارندگان مدرک دکتری و بالاتر (اولین روز ثبت نام)

تبصره: موارد ذیل به شرط ارائه تأییدیه های معتبر، به حداکثر سن مقرر اضافه خواهد شد:

- ۱- جانبازان، آزادگان، فرزندان شهدا، فرزندان جانبازان و فرزندان آزادگان یک سال اسارت و بالاتر، از شرط حداکثر سن معاف می باشند.
- ۲- سایر مشمولین در صورت ثبت نام در آزمون، مکلف به رعایت حداکثر سن های اعلام شده در ذیل می باشند، 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
- ۳- سابقه خدمت کارمندان تمام وقت دولتی حداکثر به میزان ۵ سال
- ۴- 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 ۱۵ سال (طبق سابقه بیمه قابل قبول).

۵- 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 ۱۵ سال (طبق سابقه بیمه قابل قبول)

۶- 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 ۵ سال (طبق سابقه بیمه قابل قبول)

**نکته:** در صورتیکه افراد در یکی از حالات شرکتی یا قراردادی شاغل بوده و براساس دستورالعمل‌های مربوطه به حالت اشتغال دیگری تبدیل وضع شده‌اند (اشتغال بصورت مستمر)، می‌توانند حداکثر از ۱۵ سال ارفاق سن بهرمنند گردند.

۷- 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.

۸- مدت خدمت سربازی انجام شده.

**نکته:** مجموع سنوات اضافه شده به سن داوطلبان در هر حال از ۱۵ سال بیشتر نخواهد بود.

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

۱- مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان در رشته‌های دارای طرح «اجباری» می‌بایست دارای معافیت یا گواهی پایان انجام طرح خدمت مربوطه باشند.

تبصره ۱- مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان رشته‌های اجباری که در حین انجام خدمت قانونی در واحدهای تابعه این دانشگاه می‌باشند، در صورتی می‌توانند در این آزمون شرکت نمایند که تا آخرین روز ثبت نام مدت طرحشان به اتمام برسد.

تبصره ۲- 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.

مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان در رشته‌های دارای طرح «اختیاری» که طرح خود را در سایر موسسات تابعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می‌گذرانند 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 می‌باشند.

**ج) سهمیه معلولین:** جذب معرفی معلولین با ارائه معرفی نامه از اداره کل بهزیستی از محل سهمیه استخدامی ۳ درصد قانون جامع حمایت از معلولان صرفاً از طریق شرکت در آزمون استخدامی کسب حد نصاب نمره لازم و رقابت بین کلیه داوطلبان معلول، و بر اساس قوانین 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- سکونت داوطلب به مدت حداقل ده سال با ارائه استشهاد محلی براساس فرم پیوست (ممهور به مهر نیروی انتظامی پاسگاه یا کلانتری) در بخش مورد تقاضا با ارائه مدارک و مستندات ذیل احراز گردد.  
- داشتن سوابق تحصیلی در مقاطع ابتدائی، راهنمایی یا دبیرستان در بخش مورد تقاضا با تایید اداره آموزش و پرورش شهرستان مربوطه

- داشتن گواهی تحصیلی در مقاطع ابتدایی، راهنمایی یا دبیرستان در بخش محل مورد تقاضا با تایید اداره آموزش و پرورش شهرستان مربوطه می تواند به عنوان تمام یا قسمتی از سابقه ده سال سکونت به شرط ارائه استشهاد مبنی بر تایید ساکن بودن فعلی فرد در بخش محل مورد تقاضا ملاک محاسبه قرار گیرد.

- گواهی اشتغال به کار رسمی، پیمانی و قراردادی در بخش دولتی و عناوین مشابه در بخش خصوصی .  
تبصره: مبنای شهرستان برای تعیین بومی بودن، تقسیمات کشوری در زمان ثبت نام می باشد .

### **“شبکه بهداشت و درمان شهرستان آباده جهت تامین محیط زیست تعهد ندارد**

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

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

پیرو بخشنامه شماره ۲۲۹۳۲ مورخ ۱۴۰۱/۴/۵ رییس محترم سازمان اداری و استخدامی کشور و شورای توسعه مدیریت و سرمایه انسانی در جلسه مورخ ۱۴۰۱/۲/۵ در خصوص قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت (موضوع مصوبه شماره ۲۷۸ / ۶۹۳۸۵ مورخ ۱۴۰۰/۸/۱۹ 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 ۲.۵ نباشد. مبنای تعیین نرخ باروری آخرین اعلام رسمی وزارت کشور در زمان برگزاری آزمون می باشد.

۳- باتوجه به اینکه اعمال امتیازات و افزایش سن در نظر گرفته شده در مواد (۱) و (۲) این بخشنامه بر اساس اطلاعات خود اظهاری داوطلبان می باشد ، در صورتی که در مرحله بررسی مدارک و مستندات ، داوطلب فاقد مدارک مثبت 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 ثبت نامی (خوداظهاری) داوطلبان و سهمیه‌های قانونی انتخاب شده توسط آنان صورت می‌گیرد، به دلیل اینکه در هنگام بررسی مدارک، هرگونه تغییر در اطلاعات وارد شده به نحوی که منجر به بهره‌مندی داوطلب از اولویت یا امتیاز مربوطه گردد، کل فرایند اعلام نتیجه را با اختلال مواجه می‌سازد، 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 آزمون‌های قبلی، اصلاح اطلاعات مذکور در هنگام بررسی مدارک به هیچ وجه امکانپذیر نمی‌باشد و داوطلب حق هیچ‌گونه اعتراضی نخواهد داشت. بدیهی است در صورت عدم ارائه مدارک و مستندات لازم در زمان بررسی مدارک، امتیازات و سهمیه‌های 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.

(۱) یک قطعه عکس ۳\*۴ جدید

تذکر ۱: عکس خواهان باید با حجاب و صورت کامل آنان مشخص باشد.

تذکر ۲: با توجه به مشکلات به وجود آمده در آزمون‌های قبلی، در خصوص اشتباه در ارسال عکس 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، حتماً نسبت به کنترل عکس ارسالی دقت نمایید تا اشتباهاً عکس داوطلب دیگری به جای عکس شما الصاق نگردد. بدیهی است که در صورت ارسال عکس اشتباهی از طرف متقاضی، فرد به عنوان متخلف تلقی و مطابق مقررات با وی رفتار خواهد شد.

(۲) ارائه اصل و تصویر کارت ملی

(۳) ارائه اصل و تصویر تمام صفحات شناسنامه

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

(۵) ارائه اصل و تصویر گواهی پایان طرح یا معافیت از طرح و یا گواهی تمدید طرح

(۶) ارائه گواهی بومی بودن بر اساس تائیدیه بخشداری و فرمانداری شهرستان

(۷) ارائه ریز سوابق بیمه جهت احتساب سوابق مربوطه



محل ثبت نام: شبکه بهداشت و درمان شهرستان آبادیه واحد ستاد توسعه شبکه و ارتقاء سلامت

تلفن هماهنگی : ۴۴۳۳۲۰۱۹ داخلی ۲۳۴

### بخش ششم: زمان و مکان برگزاری آزمون

ثبت نام از روز ۱۴۰۳/۰۴/۱۰ لغایت ۱۴۰۳/۰۴/۲۰ انجام خواهد پذیرفت ، مدت ثبت نام به هیچ وجه قابل تمدید نمی 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 در روز ۱۴۰۳/۰۴/۲۳ در شبکه بهداشت و درمان شهرستان آبادیه - واحد ستاد توسعه شبکه توزیع می گردد.

زمان و محل برگزاری آزمون کتبی: در تاریخ ۱۴۰۳/۰۴/۲۴ روز یکشنبه ساعت ۹ صبح ، در مکان سالن اجتماعات مرکز بهداشت شهرستان آبادیه برگزار می شود.

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

(صدور کارت شرکت در آزمون 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 کل اولیه داوطلبان براساس نمره دروس اختصاصی خواهد بود.

۱- اعمال سهمیه های قانونی و محاسبه نمره کل نهایی و اعلام فهرست معرفی شدگان مرحله اول بر اساس نمره فضلی

۲- از داوطلبان پس از اعلام نتایج اولیه آزمون کتبی، به میزان ۳ برابر ظرفیت ، به ترتیب نمره فضلی برای انجام مصاحبه اقدام خواهد شد.

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

تذکرات و توصیه های کلی:

- ۱- 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.
- ۲- در صورتی که برای برخی از رشته های تحصیلی در آگهی منتشره، گرایش خاصی ذکر شده باشد، صرفاً فارغ التحصیلان همان رشته و گرایش تحصیلی می‌توانند 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، می‌توانند در آزمون ثبت نام نمایند.
- ۳- 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.
- ۴- 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.
- ۵- 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 بین اطلاعاتی که داوطلب در زمان تکمیل تقاضانامه ثبت نام با مستنداتی که 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، اینثارگری، 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.
- ۶- داوطلبان بایستی به مبنای تاریخ‌های اشاره شده در آگهی توجه کافی داشته باشند. لازم به ذکر است ملاک عمل برای تاریخ گواهی فراغت از تحصیل، معافیت دائم و پایان خدمت نظام وظیفه، تاریخ شروع به طرح (جهت افرادی که در دوران طرح اجباری می‌باشند)، تاریخ پایان طرح (جهت متقاضیان در سایر دانشگاه‌ها) و غیره آخرین روز ثبت نام و ملاک محاسبه سن، اولین روز ثبت نام می‌باشد.
- ۷- 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 می‌باشد.
- ۸- 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 ایزدخواست**

**شبکه بهداشتی، درمانی و آموزشی شهرستان آباد**

| شغل           | محل خدمت   | تعداد | جنسیت  | شرایط اختصاصی   |
|---------------|--|-------|--------|---|
| کارشناس تغذیه | مرکز خدمات جامع سلامت روستایی ایزدخواست شهرستان آباد | ۱     | مرد/زن | کارشناس علوم تغذیه<br>کارشناس ارشد یکی از رشته های زیر به شرط دارا بودن مدرک لیسانس علوم تغذیه<br>تغذیه 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، میکروبی شناسی مواد غذایی، مهندسی کشاورزی . |

# "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 نمایم 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 انگشت

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

اینجانب ..... 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:

۱- 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.

۲- 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 در بخش مورد تقاضا بهره مند گردند و تکمیل این فرم برای احراز سکونت فعلی آنان در بخش مورد نظر، الزامی می باشد.

# برگ درخواست استخدام قراردادی پزشک خانواده

## ۱- اطلاعات شخصی:

|   |                            |                 |                    |
|---|----------------------------|-----------------|--------------------|
| نام و نام خانوادگی:   | نام پدر:                   | شماره شناسنامه: | تاریخ تولد: / / ۱۳ |
| کد ملی:   | تاریخ و محل صدور شناسنامه: | محل تولد:       | دین (مذهب):        |
| وضعیت تاهل: مجرد <input type="radio"/> متاهل <input type="radio"/>                                  |                            | استان:          | شهرستان:           |
| سلامت وضعیت روحی و جسمانی <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> |                            | بخش:            | ملیت:              |
| تعداد فرزندان:  |                            |                 |                    |
| در صورت خیر توضیح دهید:   |                            |                 |                    |

۲- خدمت نظام وظیفه:  انجام داده  معاف از خدمت : ذکر نوع و علت معافیت:

## ۳- مدرک تحصیلی:

| مدرک تحصیلی | رشته تحصیلی | معدل کل | تاریخ شروع | تاریخ پایان | نام مؤسسه آموزشی | شهر - کشور |
|-------------|-------------|---------|------------|-------------|------------------|------------|
|             |             |         |            |             |                  |            |

## ۴- تجربیات شغلی:

| نام سازمان یا شرکت<br>(به ترتیب از آخرین سابقه) | سمت / شرح شغل | مدت سابقه | تاریخ شروع | تاریخ پایان | آخرین حقوق و<br>مزا یا ایالت | علت ترک خدمت |
|---|---------------|-----------|------------|-------------|------------------------------|--------------|
|   |               |           |            |             |                              |              |
|   |               |           |            |             |                              |              |
|   |               |           |            |             |                              |              |

۵- سهمیه ثبت نامی: بومی  آزاد  اینتارگری ۵ درصد  اینتارگری ۲۵ درصد  معلولیت

۶- آیا دارای سابقه پرداخت حق بیمه هستید؟ در صورت مثبت بودن چند سال؟

۷- آدرس محل سکونت:

آدرس محل سکونت: تلفن همراه: تلفن ثابت:

بدینوسیله صحت کلیه اطلاعات مندرج در این فرم را تأیید و گواهی می نمایم.

نام و نام خانوادگی: امضاء و تاریخ:

توجه: تکمیل نمودن این فرم هیچگونه تعهدی در قبال استخدام شما ایجاد نمی نماید.