

با سپاس به درگاه ایزد منان به اطلاع داوطلبان می‌رساند شرکت طرف قرارداد دانشگاه علوم پزشکی جیرفت در نظر دارد جهت تامین نیروی مورد نیاز خود از محل مجوز مصوبات صورتجلسه شماره ج/۱/۱۹۴ مورخه ۱۴۰۲/۰۲/۱۳ افراد واجد شرایط را از طریق آزمون کتبی در حیطه های عمومی و آزمون عملی (آمادگی جسمانی) به صورت شرکتی با ضوابط و شرایط ذیل جذب نماید.

بخش اول : رشته و محل شغل

شغل	محل خدمت	شغل محل	نوع	تعداد کل	جنس پذیرش	شرایط احراز تحصیلی شغل محل احراز
نگهبان سرایدار	مرکز بهداشت کهنوج	مرکز خدمات جامع سلامت دهکهان	آزاد/ ایثارگر	۱	مرد	دیپلم، فوق دیپلم، کارشناس به صورت عام
		مرکز خدمات جامع سلامت آب باریک	آزاد/ ایثارگر	۱	مرد	دیپلم، فوق دیپلم، کارشناس به صورت عام
		مرکز خدمات جامع سلامت ده پیش	آزاد/ ایثارگر	۱	مرد	دیپلم، فوق دیپلم، کارشناس به صورت عام

بخش دوم : شرایط عمومی و اختصاصی

۱. شرایط عمومی داوطلبان

۱،۱- اعتقاد به دین مبین اسلام یا یکی از ادیان شناخته شده در قانون جمهوری اسلامی ایران

۱،۲- داشتن تابعیت ایران

۱،۴- التزام به قانون جمهوری اسلامی ایران

۱،۵- داشتن سلامت جسمانی و روانی و توانایی برای انجام کاری که استخدام می‌شوند (به تشخیص طب کار یا کمیسیون

پزشکی دانشگاه)

۱،۶- عدم اعتیاد به دخانیات و مواد مخدر

۱،۷- نداشتن سابقه محکومیت جزایی موثر

۱،۸- عدم وجود هرگونه ممنوعیت استخدام در دستگاه های اجرایی توسط آراء مراجع قضایی و ذی صلاح

۱،۹- داشتن کارت پایان خدمت و وظیفه عمومی (کارت معافیت پزشکی مورد تایید نمی باشد).

۲. شرایط اختصاصی

الف) شرایط سنی داوطلبان

- داشتن حداقل سن ۲۰ سال تمام و حداکثر ۳۲ سال تمام برای تمامی دارندگان مدرک تحصیلی با احتساب دوره خدمت سربازی

تبصره: موارد زیر به شرط ارائه تاییدیه های معتبر به حداکثر سن مقرر اضافه خواهد شد.

- جانبازان، آزادگان، فرزندان شهدا، فرزندان جانبازان و فرزندان آزادگان یک سال و بالاتر از شرط حداکثر سن معاف می باشند

- سایر مشمولین سهمیه ۲۵ درصد و ۵ درصد در صورت ثبت نام در آزمون مکلف به رعایت حداکثر سن های اعلام شده در ذیل می باشد. در غیر این صورت از ادامه فرایند آزمون حذف خواهند شد.

. پدر، مادر، همسر، خواهر و برادر شهید به میزان پنج سال

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

- - سنوات شرکتی داوطلبان شرکتی شاغل که به صورت غیرمستقیم و از طریق شرکت های پیمانکاری طرف

قرارداد با موسسات تابعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به خدمت اشتغال دارند، حداکثر به میزان ۵

سال (سابقه بیمه قابل قبول)

ب) شرایط اختصاصی و ضوابط پذیرش نگهبان:

- داشتن حداقل قد ۱۷۵ سانتی متر

- دارا بودن تناسب جسمانی مناسب: BMI (نسبت وزن به قد) کمتر از ۳۰ و بیشتر از ۱۸

تذکره: اندازه گیری "قد" و "BMI" در زمان بررسی مدارک انجام خواهد گرفت و در صورتی که داوطلب هر یک از شرایط را احراز ننماید، از سایر مراحل آزمون از جمله آزمون آمادگی جسمانی حذف خواهند شد و حق اعتراض نخواهند داشت.

- متاهل بودن

- بومی بودن

۳. بومی بودن: متقاضیان بر اساس شرایط زیر بومی محسوب میگردند:

الف) محل تولد داوطلب (طبق مندرجات شناسنامه) با شهرستان مورد تقاضا یکی باشد و همچنین سکونت داوطلب حداقل ۱۰ سال اخیر (متوالی) تا تاریخ اولین روز شروع ثبت نام در محل مورد نظر (روستاهای تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت محل پذیرش نگهبان سرایدار) محرز گردد.

تبصره ۱: احراز شرایط سکونت داوطلبان مندرج در بند (الف) با تایید خانه بهداشت و شورای اسلامی شهر/ روستای مربوطه تبصره ۲: چنانچه داوطلبان تا قبل از ثبت نام به دلیل ادامه تحصیل یا انجام خدمت ضروری سربازی در خارج از محل مورد تقاضا سکونت داشته اند مشروط به آن که خانه بهداشت شهرستان بومی بودن خانواده متقاضی و اقامت وی را از قبل از وضعیت فوق الشاره در محل مورد تقاضا تایید نماید پذیرش آنها بلا مانع است. لذا برای گروههای مذکور اقامت در ۱۰ سال اخیر در محل های مورد نظر ضرورت ندارد. مشروط بر اینکه خانواده وی اقامت دائم در روستای مورد نظر داشته باشند.

ب) شهرستان محل تولد همسر وی با شهرستان محل مورد تقاضا برای استخدام یکی باشد.

بخش سوم: مواد آزمون

به هریک از داوطلبان واجد شرایط یک دفترچه سوال عمومی داده خواهد شد.

کلیه دروس آزمون عمومی به صورت چهار گزینه ای می باشد. ضمناً به ازای هر چهار پاسخ غلط، یک پاسخ صحیح حذف خواهد شد.

الف) مواد آزمون عمومی به شرح ذیل تعیین می شود.

۱ - زبان و ادبیات فارسی

۲ - معارف اسلامی

۳ - اطلاعات سیاسی، اجتماعی و مبانی قانون اساسی

۴ - هوش و استعداد های ذهنی

ب) مواد آزمون آمادگی جسمانی به شرح ذیل تعیین می گردد.

دراز و نشست (۳۰ مرتبه)، دوچابکی (۹*۴)، شناسوئدی (۲۰ مرتبه)، پرش طول (حداقل ۱٫۶۰ متر) و دوی استقامت ۳۰۰ متر

بخش چهارم: مراحل ثبت نام

الف) تاریخ ثبت نام و تحویل مدارک:

- از تاریخ سه شنبه ۱۴۰۲/۰۳/۱۶ لغایت شنبه ۱۴۰۲/۰۳/۲۰

تذکره ۱. در صورت محرز شدن تقلب و تخلف در ارائه مدارک و مستندات، در هر مرحله از آزمون قبولی داوطلب کان لم یکن تلقی می گردد و برابر مقررات با داوطلب برخورد خواهد شد.

پ) نحوه ثبت نام و مدارک مورد نیاز:

الف) مراجعه حضوری به مرکز بهداشت شهرستان کهنوج

ب) تصویر و اصل مدارک شامل موارد زیر باید ارائه گردد:

۱. تصویر کارت ملی (پشت و رو)

۲. تصویر تمام صفحات شناسنامه

۳. تصویر آخرین مدرک تحصیلی

۴. تصویر یک قطعه عکس ۳*۴ که در سال جاری گرفته شده

۵. تصویر اصل دانشنامه دوره دیپلم، کاردانی و کارشناسی و یا گواهی فراغت تحصیل از دانشگاه محل تحصیل داوطلب

۶. تصویر کارت پایان خدمت و یا معافیت

۷. مستندات مربوط به سامانه سبب

۸. تصویر تمام صفحات شناسنامه همسر (در صورت استفاده از شرط بومی بودن به تبعیت از همسر)

۹- ارائه مستندات مربوطه جهت استفاده از سهمیه ایثارگری

ت: زمان برگزاری آزمون کتبی و آمادگی جسمانی

الف) متعاقباً از طریق ستاد مرکز بهداشت کهنوج به اطلاع داوطلبان واجد شرایط رسانده خواهد شد.

برگ درخواست شغل از شرکت

این فرم می بایست توسط شخص متقاضی تکمیل گردد. در غیر این صورت عواقب ناشی از این مسئله به عهده متقاضی خواهد بود.

۱- نام :		۲- نام خانوادگی:		۳- نام پدر:	
۴- محل تولد: استان: شهرستان:		۵- محل صدور شناسنامه:		۶- جنس: ۱-مرد <input type="checkbox"/> ۲- زن <input type="checkbox"/>	
۷- تاریخ تولد: روز ماه سال		۸- شماره شناسنامه:		۹- شماره ملی:	
۱۰- وضعیت تاهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>		۱۱- تعداد فرزندان:.....		۱۲- دین: مذهب:	
۱۳- آخرین مدرک تحصیلی: مقطع تحصیلی: رشته تحصیلی:		۱۴- نوع معلولیت:			
۱۵- چپ دست: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		۱۶- وضعیت نظام وظیفه: کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> کارت معافیت <input type="checkbox"/>			
۱۷- نوع معافیت (در صورتی که دارای کارت معافیت می باشد):.....		۱۸- مدت خدمت (ماه):.....			
۱۹- نشانی دقیق محل سکونت: استان:..... شهرستان:..... خیابان/روستا:..... کوچه:..... پلاک کدپستی					
۲۰- متقاضی استفاده از سهمیه: - نوع سهمیه رزمندگان/نسبت با ایثارگر: - نوع سازمان مربوط به سهمیه رزمندگان یا ایثارگران: - کد ایثارگری ۱۲ رقمی (مخصوص متقاضیان سهمیه رزمندگانی که فقط حضور در جبهه دارند):..... - نام و نام خانوادگی فرد رزمنده: - کد ملی فرد رزمنده: - مدت حضور در جبهه:					
۱۸- شماره تلفن جهت تماس ضروری: تلفن همراه:		تلفن ثابت:			
۱۹- اینجانب..... متقاضی شرکت در آزمون بکارگیری نیروی شرکتی، متن آگهی را با دقت و به طور کامل مطالعه و سپس تقاضای فوق را شخصا تکمیل نموده ام و مسئولیت صحت مندرجات آن را بر عهده می گیرم. در صورت اثبات خلاف اظهارات اینجانب در هر مقطع زمان (قبل و بعد از بکارگیری) هر گونه حقی را برای بکارگیری در آن شرکت از خود سلب می نمایم.					
۲۰- تاریخ تنظیم فرم:		۲۱- امضا و اثر انگشت متقاضی:			

بسمه تعالی

**فرم استشهاد محل سکونت جهت شرکت در آزمون بکارگیری سرایدار نگهبان مرکز
خدمات جامع سلامت**

اینجانب فرزند کد ملی از بهورز/مراقب سلامت
محل تقاضا دارم که شهرستان محل سکونت فعلی و مدت سکونت اینجانب را گواهی نمایند.

باتشکر
امضا و اثر انگشت

بدینوسیله سکونت خانم / آقای فرزند با کد ملی
به شماره خانوار از تاریخ لغایت در روستای (اصلی / قمر /
همجوار) تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت به مدت سال مورد تأیید
می باشد و عواقب ناشی از عدم صحت موارد تایید شده را می پذیرم.

نام و نام خانوادگی بهورزیا مراقب سلامت/امضا
مهر پایگاه سلامت/خانه بهداشت

تاییدیه شورای اسلامی شهر/روستا

بدینوسیله بومی بودن و سکونت آقای فرزند با کد ملی از تاریخ لغایت به
مدت سال در روستای مورد تایید می باشد.

نام و نام خانوادگی

نام و نام خانوادگی

نام و نام خانوادگی

رئیس شورای اسلامی شهر/روستا

عضو شورای اسلامی شهر/روستا

عضو شورای اسلامی شهر/روستا

مهر و امضاء

امضاء

امضاء