

## « آگهی پذیرش نیرو بصورت شرکتی »»

شرکت های خدماتی غیر دولتی طرف قرارداد با دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش در نظر دارد جهت تأمین و تکمیل نیروی مورد نیاز خود در ( بیمارستان - مرکز بهداشت - ستاد مرکزی ) به استناد مجوزهای معاونت محترم توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت تعداد ۱۳ نفر از افراد واجد شرایط را از طریق مصاحبه و گزینش به صورت شرکتی با در نظر گرفتن شرایط مندرج بکارگیری نماید.

ردیف	عنوان	تعداد	جنسیت		محل خدمت	شرایط احراز
			مرد	زن		
۱	کمک پرستار	۸	*	*	مرکز آموزشی درمانی	دارا بودن مدرک دوره یکساله کمک پرستاری مورد تایید معاونت پرستاری وزارت بهداشت
۲	امور اجتماعی	۲	*	*	ستاد معاونت اجتماعی	دارا بودن مدرک کارشناسی یا کارشناسی ارشد در رشته های: مددکاری اجتماعی - خدمات اجتماعی پرستاری - شنوایی شناسی - بهداشت خانواده - بهداشت عمومی - روانشناسی بالینی
۳	مراقب سلامت	۱	-	-	معاونت بهداشت	دارا بودن مدرک کارشناسی بهداشت عمومی
۴	کارشناس هوشبری	۱	*	*	مرکز آموزشی درمانی	دارا بودن مدرک کارشناسی در رشته هوشبری
۵	کارشناس اتاق عمل	۱	*	*	مرکز آموزشی درمانی	دارا بودن مدرک کارشناسی در رشته اتاق عمل

### ۱- شرایط عمومی پذیرش

- ۱/۱- تدین به دین مبین اسلام یا یکی از ادیان رسمی کشور مطرح در قانون اساسی
- ۱/۲- تابعیت نظام 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
- ۱/۵- عدم سابقه محکومیت جزایی موثر
- ۱/۶- نداشتن منع استخدام در دستگاههای دولتی بموجب آرای مراجع قانونی

### ۲- شرایط اختصاصی پذیرش

- ۲/۱- داشتن حداقل ۲۰ سال سن و حداکثر ۳۵ سال تمام
- ۲/۲- در شرایط مساوی امتیاز اولویت با افراد بومی می باشد
- ۲/۳- سهمیه خانواده های معظم شهدا، آزادگان و جانبازان شهرستان برابر قانون جامع ایثارگری لحاظ خواهد شد
- ۲/۴- برای دارندگان مدارک کارشناسی دارا بودن مدرک پایان طرح الزامی است
- ۲/۵- شرط لازم و کافی جهت قبولی نهایی موفقیت در مصاحبه می باشد.

### ۳- نحوه ثبت نام و مدارک مورد نیاز

متقاضیان جهت ثبت نام و تحویل مدارک تا تاریخ ۹۶/۱۱/۲۴ مهلت دارند به صورت حضوری به دفتر مدیریت

پشتیبانی دانشکده علوم پزشکی مراجعه نمایید

- تکمیل برگ درخواست شغل از سایت دانشکده علوم پزشکی
- اصل به همراه تصویر آخرین مدرک تحصیلی
- اصل به همراه تصویر کارت ملی
- اصل به همراه تصویر تمام صفحات شناسنامه
- اصل به همراه تصویر کارت پایان خدمت نظام وظیفه عمومی یا معافیت دائم
- اصل به همراه تصویر مدارک دال بر ایثارگری
- عکس ۳\*۴ سه قطعه
- گیره و پوشه

**جهت کسب اطلاعات بیشتر به دفتر مدیریت پشتیبانی دانشکده یا با شماره ۵۲۴۴۸۱۰۰  
(مهندس خوشبخت) تماس حاصل نمایید.**

**زمان مصاحبه:**

**روز چهارشنبه ۹۶/۱۱/۲۵ ساعت ۸/۳۰**

**در محل سالن کنفرانس دانشکده**

## برگ درخواست شغل از دانشکده علوم پزشکی و خدماتی بهداشتی درمانی گراش

راین قسمت چیزی ننویسید

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- شماره شناسنامه :	۸- شماره ملی:
۱۰- دین :	۱۱- وضعیت تاهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> تعداد اولاد:
۱۲- وضعیت نظام وظیفه : ۱- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> ۲- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/>	
۱۳- وضعیت اینترگری :	
۱- فرزند و همسر شهداء: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	
۲- فرزند و همسر جانبازان ۲۵٪ و بالاتر: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	
۳- فرزند و همسر آزادگان بالای یکسال اسارت: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	
۴- فرزند و همسر رزمنده دارای سابقه حداقل شش ماه حضور و طلبانه در جبهه: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	
۵- فرزند جانبازان زیر ۲۵٪ و آزادگان زیر یکسال اسارت: فرزند جانباز <input type="checkbox"/> فرزند آزاده <input type="checkbox"/>	
۶- خواهر و برادر شهداء: خواهر <input type="checkbox"/> برادر <input type="checkbox"/>	
۱۴- سایر موارد : ۱- سهمیه آزاد <input type="checkbox"/> ۲- معلولین عادی <input type="checkbox"/> ۳- افراد بومی محل مورد تقاضا <input type="checkbox"/> ۴- افراد بومی استان <input type="checkbox"/>	
۵- افراد غیر بومی <input type="checkbox"/>	
۱۵- مدرک تحصیلی : دیپلم <input type="checkbox"/> کارشناس <input type="checkbox"/> کارشناس ارشد <input type="checkbox"/>	
۱۶- ارائه مدرک تحصیلی :	
۱۷- سوابق اجرایی:	
۱۸- نشانی کامل : محل سکونت : استان ..... شهرستان ..... خیابان .....	
کوچه ..... پلاک ..... کدپستی ..... شماره تلفن ثابت .....	
کد شهر ..... شماره تلفن همراه .....	
۱۹- محل مورد تقاضای کار: بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز بهداشت <input type="checkbox"/> ستاد مرکزی <input type="checkbox"/>	
۲۰- شماره تلفن برای تماس ضروری :	
اینجانب ..... متقاضی شرکت در آزمون شرکتی دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش 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 دستگاه از خود سلب می نمایم	
۲۱- تاریخ تنظیم فرم :	امضاء و اثر انگشت متقاضی