



بسمه تعالی

زمان و مکان اخذ مدارک

آزمون استخدام پیمانی ۴ آبان ۱۴۰۳ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

با آرزوی موفقیت برای داوطلبان محترم ، خواهشمند است دعوت شدگان (براساس کارنامه صادره در حساب کاربری هر داوطلب) موارد زیر را بدقت مطالعه نموده و در زمان مقرر اقدام لازم را انجام نمایند.

۱- زمانبندی:

افراد می بایست طبق جدول زمان بندی زیر ، **شخصاً** نسبت به تحویل مدارک استخدامی اقدام نمایند. تذکر مهم اینکه بلحاظ ضیق وقت مهلت تحویل مدارک تمدید نخواهد شد و عدم ارائه مدارک در وقت مقرر به منزله انصراف تلقی شده و اعتراض بعدی قابل قبول نخواهد بود.

ساعت	روز - تاریخ	شغل ها
۱۲ - ۸ ۱۶ - ۱۴	شنبه ۳ آذر ۱۴۰۳	پرستار (اولین حرف نام خانوادگی بترتیب حروف الفبا الف تا ب)
	یکشنبه ۴ آذر ۱۴۰۳	پرستار (اولین حرف نام خانوادگی بترتیب حروف الفبا پ تا ح)
	دوشنبه ۵ آذر ۱۴۰۳	پرستار (اولین حرف نام خانوادگی بترتیب حروف الفبا خ تا ر)
	سه شنبه ۶ آذر ۱۴۰۳	پرستار (اولین حرف نام خانوادگی بترتیب حروف الفبا ز تا ص)
	چهارشنبه ۷ آذر ۱۴۰۳	پرستار (اولین حرف نام خانوادگی بترتیب حروف الفبا ط تا ق)
	شنبه ۱۰ آذر ۱۴۰۳	پرستار (اولین حرف نام خانوادگی بترتیب حروف الفبا ک تا م)
	یکشنبه ۱۱ آذر ۱۴۰۳	پرستار (اولین حرف نام خانوادگی بترتیب حروف الفبا ن تا ی) کارشناس اتاق عمل

۲- محل اخذ مدارک استخدامی:

تبریز ، خیابان گلگشت ، روبروی بیمارستان امام رضا (ع) ، ستاد مرکزی دانشگاه علوم پزشکی تبریز ، طبقه زیرزمین ، سالن جلسات معاونت توسعه

۳- مدارک مورد نیاز:

- کارنامه آزمون که براساس آن داوطلب به مرحله بررسی مدارک دعوت شده است.
- یک قطعه عکس رنگی ۳*۴ با زمینه سفید
- اصل کارت ملی و شناسنامه متقاضی (جهت احراز هویت و بررسی امتیاز خوداظهاری تاهل و فرزند)
- اصل شناسنامه فرزندان در صورت استفاده از امتیاز فرزندآوری
- اصل مدرک تحصیلی مندرج در شرایط احراز مشاغل ذکر شده در دفترچه راهنمای آزمون.

نکته: داوطلبان رشته های شغلی که در شرایط احراز تحصیلی شغل آنها مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد مشروط به داشتن مدرک تحصیلی کارشناسی مرتبط ذکر شده است لازم است علاوه بر مدرک آخرین مقطع ، اصل مدرک مقطع قبلی خود را حسب مورد برابر مفاد آگهی نیز ارائه نمایند.



- اصل کارت پایان خدمت نظام و یا معافیت دائم (برادران) یا نامه از نظام وظیفه با قید تاریخ اتمام خدمت نظام وظیفه.
- اصل گواهی دال بر ایثارگری از بنیاد شهید و امور ایثارگران یا مراجع ذیصلاح نیروهای مسلح صادرکننده گواهی های حضور در جبهه یا معاونت نیروی انسانی بسیج سپاه پاسداران انقلاب اسلامی یا معاونت توسعه و منابع وزارت جهاد کشاورزی جهت استفاده از سهمیه ایثارگری رزمنده یا فرزند رزمنده با قید حضور حداقل ۶ ماه خدمت داوطلبانه در جبهه. (تعاریف دفترچه راهنمای آزمون در مورد داوطلب ایثارگر حتما مطالعه شود.)
- تذکر ۱: اصل شناسنامه فرد ایثارگر اصلی ارایه گردد. (کارت ایثارگری مورد بررسی قرار نخواهد گرفت).
- تذکر ۲: کانون بازنشستگان ارتش جمهوری اسلامی ایران مرجع تایید برای گواهی ایثارگری نمی باشد.
- اصل گواهی معلولیت از اداره کل بهزیستی استان به تاریخ روز (برای متقاضیان سهمیه ۳ درصد معلولین عادی)
- برای رشته های شغلی دارای طرح اجباری، اصل گواهی تعیین وضعیت طرح نیروی انسانی (پایان طرح، معافیت از طرح، اشتغال به طرح) با امضای بالاترین مسئول واحد محل اشتغال، به تاریخ روز.
- فرم امتیاز کرونا تکمیل شده طبق مفاد دفترچه راهنمای آزمون (فرم کرونا، پیوست این اطلاعیه می باشد)

مدارک مورد نیاز جهت افزایش سقف سنی (قسمت ۱ تا ۶ تبصره شرایط سنی مندرج در دفترچه راهنمای آزمون)

- ۱- گواهی ایثارگری
- ۲- آخرین حکم/قرارداد غیررسمی فرد به همراه گواهی اشتغال از واحد محل خدمتی و ریزسوابق واریز بیمه تامین اجتماعی.
- ۳- گواهی و مدرک مربوط به انجام مدت طرح اجباری/اختیاری خدمت پزشکان و پیراپزشکان
- ۴- در خصوص استفاده از شرایط تاهل و داشتن فرزند، از طریق شناسنامه فرد و فرزندان اقدام می گردد.

مدارک مورد نیاز جهت تایید امتیاز بومی (برابر بند یک قسمت امتیازات دفترچه راهنمای آزمون)

- ۱- اصل شناسنامه
 - ۲- سکونت داوطلب به مدت حداقل ۱۰ سال با ارایه استشهاد محلی ممهور به مهر فرمانداری یا نیروی انتظامی (پاسگاه یا کلانتری محل). (فرم پیوست) مندرج در دفترچه راهنمای آزمون احراز گردد.
- تبصره: به منظور احراز بند ۲، یکی از مستندات زیر (که در مجموع ۱۰ سال سکونت را نشان دهد) لازم است.**
- الف) سوابق تحصیلی در مقاطع ابتدایی، راهنمایی یا دبیرستان در شهرستان مورد تقاضا با تایید اداره آموزش و پرورش شهرستان مربوطه.
- ب) گواهی اشتغال به کار رسمی، پیمانی و قراردادی در بخش دولتی و عناوین مشابه در بخش خصوصی همراه با ریز پرداخت حق بیمه.

توجه مهم اینکه: مدارک ناقص به هیچ عنوان اخذ نخواهد شد.

فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه کرونا در آزمونهای استخدامی کارکنانی که در راستای وظایف و ماموریتهای محوله مستقیماً در مقابله با ویروس کرونا و درمان بیماری کرونا در مراکز درمانی و بهداشتی زیر مجموعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی انسیتو پاستور و فوریتهای پزشکی خدمت نموده اند.

جهت اعمال در آزمون استخدام پیمانی ۴ آبان ۱۴۰۳ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

بیمارستان / مرکز درمانی / شبکه بهداشت و درمان :

نام و نام خانوادگی متقاضی :

کدملی متقاضی :

شماره همراه متقاضی :

رابطه استخدامی/کاری: قراردادی(کار معین، مشخص، مشاغل کارگری و...) ☐ متعهدین خدمت ☐ مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان ☐ شرکتی ☐

عنوان شغل	مدرک تحصیلی	مقطع تحصیلی	واحد محل خدمت	تاریخ شروع فعالیت در مراکز درگیر کرونا	تاریخ پایان فعالیت در مراکز درگیر کرونا	مدت زمان خدمت در مراکز درگیر کرونا		امتیاز *
						روز	ماه	

* به ازاء هر ماه ۲ امتیاز ، ۱۵ روز یک امتیاز و کمتر از ۱۵ روز امتیازی تعلق نمی گیرد. (شروع بازه زمانی : ۱۳۹۸/۱۲/۰۱)

نام و نام خانوادگی مسئول مستقیم

نام و نام خانوادگی بالاترین مقام واحد / مرکز

نام و نام خانوادگی معاونت بهداشت/درمان دانشگاه

امضاء

امضاء

امضاء

مراتب فوق مورد تایید می باشد.

معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه	مدیر حراست دانشگاه	مدیر بازرسی دانشگاه	رئیس دانشگاه	نماینده سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان
نام و نام خانوادگی و امضاء	نام و نام خانوادگی و امضاء	نام و نام خانوادگی و امضاء	نام و نام خانوادگی و امضاء	نام و نام خانوادگی و امضاء

فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه کرونا شاغلین در مراکز درمانی (بیمارستان) خصوصی

جهت اعمال در آزمون پیمانی ۴ آبان ۱۴۰۳ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

بیمارستان / مرکز درمانی خصوصی :

نام و نام خانوادگی متقاضی:

کدملی متقاضی :

شماره همراه متقاضی:

رابطه استخدامی/کاری: قراردادی (کار معین، مشخص، مشاغل کارگری و...) ☐ شرکتی ☐

عنوان شغل	مدرک تحصیلی	مقطع تحصیلی	واحد محل خدمت	تاریخ شروع فعالیت در مراکز درگیر کرونا	تاریخ پایان فعالیت در مراکز درگیر کرونا	مدت زمان خدمت در مراکز درگیر کرونا		امتیاز *
						روز	ماه	

* به ازاء هر ماه ۲ امتیاز ، ۱۵ روز یک امتیاز و کمتر از ۱۵ روز امتیازی تعلق نمی گیرد. (شروع بازه زمانی : ۱۳۹۸/۱۲/۰۱)

نام و نام خانوادگی سوپروایزر/مسئول بخش

نام و نام خانوادگی معاون درمان مرکز درمانی

امضاء

امضاء

مراتب فوق مورد تایید می باشد.

رئیس اموراداری مرکز درمانی	مدیر حراست مرکز درمانی	بالاترین مقام مسئول مرکز درمانی	معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی ذیربط
نام و نام خانوادگی و امضاء	نام و نام خانوادگی و امضاء	نام و نام خانوادگی و امضاء	نام و نام خانوادگی و امضاء

« بسمه تعالی »

« فرم استشهاده محل سکونت »

جهت شرکت در آزمون استخدامی ۴ آبان ۱۴۰۳ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

اینجانب کد ملی به شماره همراه 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 امضاء کنندگان ذیل گواهی می نمایم که نامبرده بالا در حال حاضر در بخش شهرستان

..... ساکن بوده و مدت سال و ماه نیز در این شهرستان سکونت داشته است .

۱ - اینجانب به کد ملی به شماره همراه صحت مراتب فوق را گواهی می نمایم.

امضاء و اثر انگشت

۲ - اینجانب به کد ملی به شماره همراه صحت مراتب فوق را گواهی می نمایم.

امضاء و اثر انگشت

۳ - اینجانب به کد ملی به شماره همراه صحت مراتب فوق را گواهی می نمایم.

امضاء و اثر انگشت

این قسمت توسط فرمانداری / نیروی انتظامی (پاسگاه یا کلانتری) محل تکمیل گردد .

موارد فوق مورد تأیید فرمانداری / پاسگاه / کلانتری می باشد .

محل مهر - امضاء

فرمانداری / پاسگاه / کلانتری محل

تذکرات مهم :

۱ - تکمیل این فرم برای تمامی داوطلبان بومی شهرستان که متقاضی استفاده از امتیاز بومی به لحاظ ساکن بودن با سابقه حداقل ده سال سکونت می باشند ، الزامی است .

۲ - داوطلبان بومی شهرستانی که دارای سوابق تحصیلی در مقاطع ابتدایی ، راهنمایی و یا دبیرستان در شهرستان مورد تقاضا باشند ، با تأیید اداره آموزش و پرورش شهرستان مربوطه صرفاً می توانند از آن برای احراز تمام و یا قسمتی از سوابق ده سال سکونت در شهرستان مورد تقاضا بهره مند گردند و تکمیل این فرم برای احراز سکونت فعلی آنان در شهرستان مورد نظر ، الزامی می باشد .

۳ - چنانچه متقاضی برای تأیید سابقه حداقل ده سال سکونت خود در شهرستان مورد تقاضا ، در بیش از یک بخش از شهرستان مربوطه سکونت داشته باشد ، می تواند از یک نسخه دیگر از این فرم نیز برای این منظور استفاده کند .

۴ - این فرم صرفاً جهت بهره مندی داوطلبان متقاضی استفاده از امتیاز بومی شهرستانی (به جز مرکز استان) در آزمون استخدامی دانشگاه علوم پزشکی تبریز می باشد .