

## اطلاعیه شماره ۹ – اعلام اسامی دعوت شدگان به بررسی مدارک (مرحله دوم)

به اطلاع متقاضیان آزمون استخدام پیمانی مورخه ۲ مرداد ۱۴۰۲ دانشگاه می رساند :

تعدادی از متقاضیان آزمون که طی اطلاعیه شماره ۶ دانشگاه دعوت به بررسی مدارک شده بودند بدلیل کاهش امتیازات بومی، تاهل، اولاد، کرونا/ عدم ارایه مدارک/ عدم مطابقت مدارک تحصیلی با شرایط دفترچه راهنمای آزمون/ عدم احراز شرایط سهمیه های ایثارگری یا معلولیت ، نیاز است بجایگزینی ایشان از سایر داوطلبان دارای حدنصاب (تعریف حدنصاب در صفحه ۲۰ دفترچه راهنمای آزمون آمده است) هر کد شغل محل بترتیب امتیازات و سهمیه های قانونی و براساس خوداظهاری و نمره فضلی دعوت به بررسی مدارک شوند. بنابراین ضروری است افراد نامبرده زیر، طبق جدول زمان بندی ، با دردست داشتن اصل و کپی مدارک اشاره شده **شخصاً** در روزهای تعیین شده به نشانی : **تبریز/ خیابان آزادی/ خیابان گلگشت/ روبروی مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع)/ سازمان مرکزی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز / طبقه زیرزمین / سالن جلسات معاونت توسعه** مراجعه نمایند.

### تذکرات مهم:

۱. لیست اعلام شده بر اساس اظهارات داوطلب در زمان ثبت نام صرفاً جهت بررسی اولیه مدارک افراد و به صورت مشروط می باشد. لازم به ذکر است طبق مفاد آگهی منتشر شده ، اعلام نتیجه نهایی منوط به بررسی مدارک اعلامی می باشد و مسئولیت ناشی از عدم رعایت ضوابط و مقررات اعلام شده در آگهی برعهده شخص داوطلب بوده و چنانچه صحت اطلاعات اعلام شده توسط آنها در آزمون محرز نگردد ، اولویت افراد کان لم یکن تلقی و از بین سایر متقاضیان به ترتیب اولویتهای مقرر قانونی مندرج در آگهی جهت بررسی مدارک دعوت بعمل خواهد آمد.
۲. بدیهی است عدم مراجعه داوطلب در زمان تعیین شده به منزله انصراف از انجام ادامه مراحل استخدامی تلقی و طبق مقررات از سایر افراد به جایگزینی ایشان دعوت بعمل خواهد آمد .

### مدارک مورد نیاز:

- یک قطعه عکس رنگی ۳\*۴ با زمینه سفید
  - اصل و تصویر کارت ملی
  - اصل و تصویر صفحات شناسنامه متقاضی (جهت احراز هویت و بررسی امتیاز خوداظهاری تاهل و فرزند)
  - اصل و تصویر صفحات شناسنامه پدر یا همسر (در صورت استفاده از سهمیه ایثارگری)
  - اصل و تصویر 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 فوق لیسانس یا دکتری مشروط به داشتن مدرک تحصیلی کارشناسی یا کارشناسی ارشد مرتبط ذکر شده است لازم است علاوه بر مدرک آخرین مقطع ، اصل و تصویر مدرک مقاطع قبلی خود را حسب مورد برابر مفاد آگهی نیز ارائه نمایند.
- اصل و تصویر کارت پایان خدمت نظام و یا معافیت دائم (برادران) یا نامه از یگان خدمتی با قید تاریخ اتمام خدمت نظام وظیفه.
  - اصل گواهی دال بر ایثارگری از بنیاد شهید و امور ایثارگران به تاریخ روز (ویژه متقاضیان سهمیه ۲۵ درصد ایثارگری)
  - اصل گواهی معلولیت عادی از اداره کل بهزیستی استان به تاریخ روز (برای متقاضیان سهمیه ۳ درصد معلولین عادی)

- اصل و تصویر گواهی نامه رانندگی ب ۲ برای متقاضیان رشته شغلی فوریت های پزشکی (پشت و رو)
- برای مشمولین ضریب K، گواهی کارگزینی محل خدمت با قید تاریخ شروع و پایان تعهدات، مدت تعهد و با ذکر ضریب محرومیت منطقه - آخرین حکم کارگزینی ممهور به مهر کارگزینی.
- برای رشته های شغلی دارای طرح اجباری، اصل گواهی تعیین وضعیت طرح نیروی انسانی (پایان طرح، معافیت از طرح

، اشتغال به طرح و یا انصراف از طرح) با امضای بالاترین مسئول واحد محل اشتغال، به تاریخ روز.

- مدارک مربوط به افزایش سقف سنی (تبصره بند ۲ شرایط اختصاصی استخدام مندرج در صفحه ۶ و ۷ دفترچه راهنمای آزمون):
- ۱- اصل آخرین قرارداد مربوط به کارکنان قراردادی و فرم ۵۰۲ از کارگزینی واحد محل خدمت، سوابق پرداخت حق بیمه (ممهور به مهر سازمان تامین اجتماعی) برای نیروهای قراردادی بمنظور افزایش سقف سنی داوطلب.
  - ۲- اصل گواهی اشتغال ممهور به مهر و امضای شرکت و محل خدمتی و سوابق پرداخت حق بیمه (ممهور به مهر سازمان تامین اجتماعی) برای نیروهای شرکتی بمنظور افزایش سقف سنی داوطلب.
  - ۳- در خصوص استفاده از شرایط تاهل و داشتن فرزند، از طریق شناسنامه فرد اقدام می گردد. (بند ۸ تبصره شرایط سنی داوطلبان مندرج در صفحه ۸ دفترچه راهنمای آزمون)

مدارک مورد نیاز سهمیه بومی (برابر بند یک قسمت امتیازات صفحات ۱۱ و ۱۲ دفترچه راهنمای آزمون):

- ۱- اصل و تصویر صفحات شناسنامه (قبلا اشاره شده است)
- ۲- استشهاد محلی ممهور به مهر نیروی انتظامی، پاسگاه یا کلانتری محل. (فرم پیوست) مندرج در دفترچه راهنمای آزمون که همراه با ارائه یکی از مدارک و مستندات ذیل اخذ خواهد شد.
- 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.

فرم تکمیل شده امتیاز خدمت کرونا در واحدهای درگیر بیماری کرونا. (براساس بند ۲ قسمت امتیازات صفحه ۱۲ دفترچه راهنمای آزمون \_ فرم پیوست)

جدول زمانبندی تحویل مدارک استخدامی		
از ساعت ۹ صبح الی ۱۴:۳۰	روز شنبه ۱۴۰۲/۰۷/۲۹	ردیف ۱ تا ۴۹
	روز دوشنبه ۱۴۰۲/۰۸/۰۱	ردیف ۵۰ تا ۸۸

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	شغل مورد درخواست	محل مورد تقاضا
۱	محمد	یوسفی	ابراهیم	پرستار	تبریز
۲	پروین	ملکی	محمد	پرستار	تبریز
۳	علیرضا	رضا پور	علی وردی	پرستار	تبریز
۴	سالار	دانشی	عثمان	پرستار	تبریز
۵	سجاد	علی پور	صاحبعلی	پرستار	تبریز
۶	زینب	رحمان زاده ملکی	غلامرضا	پرستار	ملکان
۷	علی	قاسمیان ینگجه	محمدعلی	پرستار	تبریز
۸	فرزانه	سرحدی	آزاد	پرستار	تبریز
۹	جواد	ستاری ورزقان	بنده علی	پرستار	تبریز
۱۰	میثم	اعتضادی	بهمن	پرستار	تبریز
۱۱	سحر	مشگینی	اسماعیل	پرستار	تبریز
۱۲	زینب	علیزاده	گلعلی	پرستار	تبریز
۱۳	جمال	شمسی	رسول	پرستار	تبریز
۱۴	احد	بالائی شهرک	علی	پرستار	تبریز
۱۵	محمد زاهد	بهره ور	رسول	پرستار	تبریز
۱۶	سعید	حسن پور کهل	غلامعلی	پرستار	تبریز
۱۷	علی	نصراللهی	رضا	پرستار	تبریز
۱۸	حسین	خان زاده	اسمعیل	پرستار	کلپیر
۱۹	حامد	رمضانی بناب	محمود	پرستار	بناب
۲۰	یاسین	طایفه ملا اصغری	نادر	پرستار	شبستر
۲۱	فریبا	نصیرزاده طایفه عمله	منصور	پرستار	اهر
۲۲	محمد	حسین زاده	نصیبعلی	پرستار	میانه
۲۳	محمد	نجفی زاده زرنق	حسن	پرستار	هریس - مرکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی شماره ۱
۲۴	پردیس	قدیمی	داوود	پرستار	میانه
۲۵	فاطمه	محمدیان	مسلم	پرستار	هشتگرد
۲۶	نجمه	خدمتی	محمد	پرستار	هادیشهر
۲۷	الهامه	وطن خواه	شاهپور	پرستار	تبریز
۲۸	مهديه	عبدی	شهباز	پرستار	تبریز
۲۹	منصوره	ارم	مصطفی	پرستار	تبریز
۳۰	هادی	هاشم زاده	داود	پرستار	تبریز
۳۱	زهرا	رئیس سادات	داود	پرستار	تبریز
۳۲	مرضیه	محمدی	حسن	پرستار	تبریز
۳۳	زهرا	رضائی کلهر	محمدصادق	پرستار	اهر
۳۴	سجاد	ایرانی چهریق	فرامرز	پرستار	شبستر
۳۵	نیلوفر	قاسمی	حسن	پرستار	میانه
۳۶	سحر	فیضی	حسن	پرستار	تبریز
۳۷	زهرا	متقی	کاظم	پرستار	تبریز
۳۸	زهرا	الهیاری	علی	پرستار	تبریز
۳۹	امیر	رحیمی دیبکی	حیدر علی	پرستار	تبریز
۴۰	آی ناز	نقی زاده	ناصر	پرستار	تبریز
۴۱	محمد	بهباد کشکی	مهدی	پرستار	تبریز
۴۲	علی	حسن پور سیلاب	رضی	پزشک عمومی	بستان آباد - مرکز خدمات جامع سلامت روستایی کرگان جدید
۴۳	آیدا	پرسوز اسکوئی	اسماعیل	پزشک عمومی	آذرشهر - مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی تیمورلو
۴۴	زهرا	ملکی	حمداله	پزشک متخصص	کلپیر
۴۵	شاهمحمدی	شبنم	صادق	داروساز	میانه
۴۶	تقیی	حسین	قادر	کاردان فوریتهای پزشکی	جلفا - پایگاه اورژانس جاده ای نوردوز
۴۷	فاطمه	صادقی وند بشیر	محمد	کارشناس امور اجرائی سلامت	تبریز

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	شغل مورد درخواست	محل مورد تقاضا
۴۸	مهران	اسدیان	فتاح	کارشناس بهداشت حرفه ای	عجبشیر - مرکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی شیشوان
۴۹	نسیم	مستوفی سرکاری	مجید	کارشناس بهداشت حرفه ای	تبریز
۵۰	زهرآ	سعیدیار	غلامرضا	کارشناس بهداشت خانواده	تبریز - مرکز خدمات جامع سلامت ر آناختون مرکز بهداشت شماره ۱
۵۱	خدیجه	جراحی ملکی	اصغر	کارشناس بهداشت خانواده	ملکان - مرکز خدمات جامع سلامت روستایی قوریجان
۵۲	عطیه	کرمرزاده اسفنجانی	رمضان	کارشناس بهداشت خانواده	اسکو - پایگاه سلامت شبانه روزی ایلخچی
۵۳	دینی زرنق	فرشته	اکبر	کارشناس بهداشت خانواده	بستان آباد - مرکز خدمات جامع سلامت روستایی قره بابا
۵۴	فاطمه	بابالو خضرنندی	علی اکبر	کارشناس بهداشت خانواده	هوراند - مرکز خدمات تسهیلات زایمانی شبانه روزی
۵۵	رعنا	رحیمی دهخوارقانی	مجید	کارشناس بهداشت خانواده	آذرشهر - مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی شبانه روزی گوگان
۵۶	نرگس	میرزازاده حدادان	لطف اله	کارشناس بهداشت خانواده	کلیر - مرکز خدمات جامع سلامت روستایی پیغان چایی
۵۷	وحیده	شکوهی	مختار	کارشناس بهداشت خانواده	تبریز - مرکز خدمات جامع سلامت روستایی کرکج مرکز بهداشت شماره ۲
۵۸	زهرآ	قهرمانی	شکر	کارشناس بهداشت خانواده	اهر - مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی شماره ۱
۵۹	حبیبه	خدایی گوار	صالح	کارشناس بهداشت محیط	چارایماق - مرکز خدمات جامع سلامت روستایی آغجه ریش
۶۰	افسون	شمسی اجیرلو	رسول	کارشناس تریاژتلفنی	تبریز
۶۱	الهام	حیدری منور	محمدحسین	کارشناس تریاژتلفنی	تبریز
۶۲	آیسان	عباسی ارزنقی	صمد	کارشناس تریاژتلفنی	تبریز
۶۳	فاطمه	یحیی زاده	جعفر	کارشناس تریاژتلفنی	تبریز
۶۴	مهدی	حسین پور	ماشالله	کارشناس اتاق عمل	اهر
۶۵	سمیرا	خازن	علی اصغر	کارشناس امور آموزشی	تبریز
۶۶	رقیه	حسن زاده آغشلوئی	غلامحسین	کارشناس امور آموزشی	تبریز
۶۷	سودا	رحیم زاده شرفخانه	قربانعلی	کارشناس امور پژوهشی	تبریز
۶۸	معصومه	شیری پور	غلامرضا	کارشناس امور پژوهشی	تبریز
۶۹	سجاد	شفیع زاده	عدالت	کارشناس امور مالی	هوراند
۷۰	وحید	عظیم زاده	داود	کارشناس امور مالی	شبستر
۷۱	امدادی	سیمین	محمدرضا	شناس آزمایشگاه غذا دارو و بهداشت	تبریز
۷۲	پروانه	مهدی پور صیفار	فیروز	کارشناس بهداشت خانواده	شبستر - پایگاه سلامت ضمیمه مرکز خدمات جامع سلامت ش. ر شبانه روزی تسوج
۷۳	سعید	علیمرادی	علی حسن	رشناس پیشگیری و مبارزه با بیمار	هشترود - مرکز خدمات جامع سلامت روستایی آتشیبگ
۷۴	هانیه	جهانشاهی خضرو	احد	کارشناس تغذیه	عجبشیر - مرکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی شماره ۱
۷۵	سمیه	پورحبیب زنوزی	حسن	کارشناس تغذیه	بناب - مرکز خدمات جامع سلامت روستایی خانه برق جدید
۷۶	آرزو	فکری	نادر	کارشناس تغذیه	بستان آباد - مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی شماره ۲
۷۷	رباب	ابراهیمیان زنجیربلاغی	محمد	کارشناس خرید	عجب شیر
۷۸	مهدی	محمودپور	عیسی	کارشناس خرید	تبریز
۷۹	نویده	یوشاری	ناصر	آشامیدنی / کارشناس فرآورده ها	آذرشهر
۸۰	صدیقه	موسوی هریس	سیدمحسن	آشامیدنی / کارشناس فرآورده ها	هریس
۸۱	فائقه	وقاری	یوسف	کارشناس هوشبری	کلیر
۸۲	زهره	قلمی	قربان	کارشناس بهداشت حرفه ای	عجبشیر - مرکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی شیشوان
۸۳	گلنوش	دهقان تنها	رسول	کارشناس بهداشت حرفه ای	تبریز
۸۴	ساجده	مهری بادلو	احد	کارشناس بهداشت محیط	جلفا - مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی شبانه روزی سیه رود
۸۵	صبا	ضیائی رازبان	نورالدین	کارشناس پرتو درمانی	تبریز
۸۶	زهرآ	احمدی	صاحبعلی	کارگزین	اهر
۸۷	نسرین	محمدی اقدم	حیدر	کارگزین	جلفا
۸۸	مریم	بهجت	یعقوب	کارگزین	شبستر

« بسمه تعالی »

« فرم استشهاد محل سکونت جهت شرکت در آزمون استخدامی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تبریز سال ۱۴۰۲ »

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 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 نیروی انتظامی ( پاسگاه یا کلانتری محل ) تکمیل گردد .

محل مهر - امضاء  
پاسگاه یا کلانتری محل

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

تذکرات مهم :

۱ - تکمیل این فرم برای تمامی داوطلبان بومی شهرستان که متقاضی استفاده از اولویت استخدام 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 اولویت بومی شهرستانی ( به جز مرکز استان) در آزمون استخدامی دانشگاه علوم پزشکی تبریز می باشد .

بسمه تعالی

ردیف : .....

فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه کرونا در آزمون‌های استخدامی (کارکنانی که در راستای وظایف و مأموریت‌های محوله مستقیماً در مقابله با ویروس کرونا و درمان بیماری کرونا در مراکز درمانی و بهداشتی زیر مجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، انستیتو پاستور و فوریت‌های پزشکی خدمت نموده‌اند).

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز**

بیمارستان / مرکز : .....

نام و نام خانوادگی متقاضی:

نام پدر:

کد ملی:

رابطه استخدامی/کاری:

قراردادی (کار معین، مشخص، مشاغل کارگری و...)  شرکتی  متعهدین خدمت  مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان

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 نمی‌گیرد.

نام و امضاء مسئول مستقیم

نام و امضاء بالاترین مقام واحد/مرکز

نام و امضاء معاون درمان/ بهداشت دانشگاه

مراتب فوق مورد تایید می باشد.

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