



### با یاد و نام پروردگار

## مرحله بارگذاری و بررسی مدارک استخدامی آزمون پیمانی ۲۷ شهریور ۱۴۰۴ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

با سلام. پیرو اعلام نتایج اولیه آزمون استخدام پیمانی ۲۷ شهریور ۱۴۰۴ دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور توسط جهاد دانشگاهی، بدینوسیله به اطلاع می رساند پروفایل کاربری دعوت شدگان به مرحله بررسی مدارک، به آدرس [hrtc.ir](http://hrtc.ir) از روز یکشنبه مورخه ۱۴۰۴/۷/۲۰ برای بارگذاری تصویر مدارک استخدامی مورد نیاز تا پایان روز دوشنبه مورخه ۱۴۰۴/۷/۲۸ در دسترس خواهد بود. بنابراین متقاضیان این دانشگاه موظفند با عنایت به موارد مطرح شده در این اطلاعیه، اقدام لازم را در موعد مقرر انجام فرمایند.

تذکر ۱: بازه زمانی بارگذاری مدارک در شرایط عادی قابل تمدید نمی باشد.

تذکر ۲: مدارک ذکر شده زیر حتما بصورت رنگی اسکن شده و در دسترس داوطلب باشد.

تذکر ۳: تصاویری که دارای وضوح و کیفیت مناسب نباشند، به عنوان نقص مدارک تلقی خواهند شد.

تذکر ۳: مطالعه دقیق دفترچه راهنمای آزمون و پیگیری اطلاعیه های مندرج در سایت دانشگاه، برای جلوگیری از اشتباهات آتی توسط داوطلب ضروری است.

**تذکر مهم: بعد از قبولی نهایی و در زمان معرفی به گزینش، اصل مدارک استخدامی رویت خواهد شد. بنابراین هر گونه مغایرت تصاویر بارگذاری شده با اصل مدارک، به عنوان دستکاری در مدارک تلقی و موجب حذف داوطلب خواهد شد.**

### مدارک مورد نیاز جهت بارگذاری در سامانه جهاد دانشگاهی

- اصل کارت ملی (پشت و رو)
- اصل شناسنامه متقاضی (تمامی صفحات) (جهت بررسی سن، امتیاز بومی، امتیاز قانون حمایت از خانواده)
- اصل شناسنامه همسر (صفحه اول و صفحه ازدواج) و فرزندان (صفحه اول) (در صورت استفاده از امتیاز قانون حمایت از خانواده)
- اصل مدرک تحصیلی (دانشنامه/گواهی موقت تحصیلی دارای اعتبار) مندرج در شرایط احراز مشاغل ذکر شده در دفترچه راهنمای آزمون.
- نکته ۱: 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 تصویر مدرک آخرین مقطع، تصویر اصل مدرک مقطع قبلی خود را حسب مورد برابر مفاد آگهی نیز ارائه نمایند.
- تذکر ۲: دارندگان مقطع کارشناسی ارشد تغذیه با کارشناسی غیرمرتبط که ورودی سال ۱۳۹۸ و قبل از آن میباشند و ۳۱ واحد جبرانی را گذرانده و شماره نظام پزشکی دریافت کرده باشند، می بایست مدارک خود را نیز در سامانه بارگذاری نمایند.
- اصل کارت پایان خدمت نظام و یا معافیت دائم (برادران) یا گواهی مربوط به تبصره ۲ بند ۴ شرایط عمومی صفحه ۷ دفترچه.
- اصل گواهینامه رانندگی با آمبولانس (ب ۲ یا پایه دوم - پشت و رو) (برای داوطلبان رشته فوریت های پزشکی - جنسیت فرقی ندارد)
- نکته: تبصره های بند ۱۰ قسمت شرایط و ضوابط اختصاصی شغل فوریت های پزشکی مندرج در صفحه ۱۰ دفترچه مطالعه گردد.



- اصل گواهی دال بر ایثارگری از بنیاد شهید و امور ایثارگران به تاریخ روز. (برای متقاضیان سهمیه ۲۵ درصد ایثارگری)
- اصل گواهی حضور حداقل ۶ ماه خدمت داوطلبانه در جبهه به تاریخ روز. (برای متقاضیان سهمیه ۵ درصد ایثارگری - مراجع تایید این گواهی، در قسمت تذکر بند ۲-۷ دفترچه راهنمای آزمون مندرج در صفحه ۵ آورده شده است.)  
تذکر ۱: تصویر اصل شناسنامه فرد ایثارگر اصلی همراه با گواهی مذکور بارگذاری 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) با قید عبارت های: الف - استفاده از سهمیه ۳ درصد استخدامی معلولین  
ب - تایید اینکه معلولیت متقاضی مانع انجام فعالیت در رشته شغلی مورد تقاضا نمی باشد.
- 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. (برای متقاضیان شغلی دارای قانون طرح اجباری)
- اصل گواهی موافقت با انصراف از طرح از موسسه محل اشتغال، برای مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان در رشته های دارای طرح اختیاری که متقاضی استخدام در سایر موسسات می باشند.
- اصل گواهی سازمان دارالقرآن کریم (برای متقاضیان امتیاز حافظان قرآن کریم) - بطوریکه شماره گواهینامه و تاریخ صدور آن از طریق سامانه سازمان مذکور قابل استعلام بوده و تایید گردد.
- مدارک مورد نیاز برای متقاضیان امتیاز کرونا (تبصره ه) بند ۹ قسمت امتیازات مندرج در صفحه ۲۷ دفترچه راهنمای آزمون)  
۱ - اصل فرم امتیاز کرونا تکمیل شده (فرم های مربوطه پیوست این اطلاعیه می باشند)  
نکته ۱: برابر اعلام رسمی سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان آذربایجان شرقی، در صورت تایید فرم توسط تاییدکنندگان اشاره شده در فرم کرونا بخش دولتی (ریاست محترم دانشگاه، معاون توسعه و ...)، مراتب از نظر آن سازمان مورد تایید بوده و نیازی به امضا نماینده سازمان مدیریت و برنامه ریزی نمی باشد.  
نکته ۲: به همراه داشتن تصویر کارنامه صادره از جهاد برای طی مراحل تایید فرم کرونا الزامی است.  
۲ - ریز سوابق بیمه تامین اجتماعی (بطوریکه زمان و محل اشتغال (نام کارگاه) در مدت خدمت کرونا را نشان دهد).
- مدارک مورد نیاز جهت افزایش سقف سنی (تبصره ۲ بند ۹ شرایط عمومی مندرج در صفحات ۷ و ۸ دفترچه راهنمای آزمون)  
۱ - گواهی ایثارگری  
۲ - فرم خلاصه سوابق (فرم شماره ۵۰۲) و تصویر آخرین قرارداد.  
۳ - آخرین قرارداد شرکتی / سابقه بیمه پردازی بارکد دار از سایت سازمان تامین اجتماعی / گواهی از محل خدمتی.  
۴ - قراردادهای مربوطه یا گواهی از دستگاه محل خدمت.  
۵ - در خصوص استفاده از شرایط تاهل و داشتن فرزند، از طریق شناسنامه فرد، همسر و فرزندان اقدام می گردد.



- **مدارک مورد نیاز جهت تایید امتیاز بومی** (برابر بند ج قسمت امتیازات مندرج در صفحه ۲۶ دفترچه راهنمای آزمون)
  - الف - شهرستان محل تولد در شناسنامه داوطلب با شهرستان مورد تقاضا یکی باشد. (احراز از طریق شناسنامه)
  - تبصره: با توجه به تغییرات تقسیمات کشوری در سالهای مختلف، در صورت اختلاف نظر یا ابهام در خصوص شهرستان محل تولد، ملاک عمل نظر اداره کل ثبت احوال استان مربوطه میباشد.
  - ب- سابقه سکونت حداقل ۱۰ ساله داوطلب در شهرستان مورد تقاضا، که به یکی از روشهای زیر صورت می گیرد.
    - ۱- ساکن بودن در شهرستان مورد تقاضا: ارائه استشهاد محلی (براساس فرم پیوست دفترچه و این اطلاعیه) مضمون به مهر فرمانداری/پاسگاه یا کلانتری محل در شهرستان مورد تقاضا به همراه تصویر سند مالکیت و یا اجاره نامه دارای «کد رهگیری از سامانه ثبت معاملات املاک و مستغلات کشور» محل سکونت به نام داوطلب، همسر، پدر و یا مادر داوطلب در زمان ثبت نام در آزمون مشترک فراگیر.
    - ۲- احراز «ده سال سابقه سکونت» در شهرستان مورد تقاضا که به یکی از روشهای ذیل صورت میگیرد:
      - ۱-۲- داشتن گواهی تحصیلی در مقاطع تحصیلی ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان در شهرستان مورد تقاضا حسب مورد با تأیید اداره آموزش و پرورش شهرستان مربوطه.
      - ۲-۲- داشتن گواهی اشتغال بکار رسمی، پیمانی، قراردادی و یا شرکتهی داوطلب و یا همسر وی (با در نظر گرفتن تاریخ عقد دایم) و یا گواهی اشتغال بکار رسمی، پیمانی، قراردادی و یا شرکتهی پدر و یا مادر داوطلب در دستگاههای اجرایی، نیروهای نظامی و انتظامی، بخش غیردولتی مشروط به پرداخت حق بیمه.

- **مدارک مربوط به برقراری عدالت آموزشی** (برابر بند و قسمت امتیازات مندرج در صفحه ۲۷ دفترچه راهنمای آزمون)

- الف (تصویر فرم تعهدنامه محضری).
- ب) نامه رسمی اداری به مدیریت منابع انسانی دانشگاه توسط واحد محل (مناطق محروم) و ذکر کل مدت تعهدات، تاریخ شروع تعهدات و مدت تعهدات.

اطلاعیه های استخدامی مندرج در سایت دانشگاه علوم پزشکی تبریز را در این آدرس پیگیری فرمایید. [hrmnet.tbzmed.ac](https://hrmnet.tbzmed.ac.ir)



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

جهت اعمال در آزمون پیمانی ۲۷ شهریور ۱۴۰۴ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

بیمارستان / مرکز درمانی خصوصی: .....

نام و نام خانوادگی متقاضی:

کدملی متقاضی:

شماره همراه متقاضی:

رابطه استخدامی/کاری: ☐ قراردادی ☐ 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. ( بازه زمانی از تاریخ ۱۳۹۸/۱۲/۰۱ تا ۱۴۰۲/۰۲/۱۵ )

نام و نام خانوادگی مسئول بخش

نام و نام خانوادگی مترون/ معاون درمان مرکز درمانی

امضاء

مهر و امضاء

مراتب فوق مورد تایید می باشد.

| رئیس امور اداری مرکز درمانی       | مدیر حراست مرکز درمانی            | بالاترین مقام مسئول مرکز درمانی   | معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی ذیربط |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| نام و نام خانوادگی<br>مهر و امضاء | نام و نام خانوادگی<br>مهر و امضاء | نام و نام خانوادگی<br>مهر و امضاء | نام و نام خانوادگی<br>مهر و امضاء     |

## فرم کرونای اشتغال در مراکز دولتی

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 ۲۷ شهریور ۱۴۰۴ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

بیمارستان / مرکز درمانی / شبکه بهداشت و درمان : .....

نام و نام خانوادگی متقاضی :

کدملی متقاضی :

شماره همراه متقاضی :

رابطه استخدامی/کاری: قراردادی( کار معین، 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. ( بازه زمانی از تاریخ ۱۳۹۸/۱۲/۰۱ تا ۱۴۰۲/۰۲/۱۵ )

نام و نام خانوادگی مسئول مستقیم

نام و نام خانوادگی بالاترین مقام واحد / مرکز

نام و نام خانوادگی معاونت بهداشت/درمان دانشگاه

امضاء

امضاء

مهر و 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 استشهاده محل سکونت فعلی وساکن بودن داوطلب متقاضی شرکت در آزمون های استخدامی دستگاه های اجرایی کشور»

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>اینجانب..... فرزند..... به کد ملی..... از مطلعین و معتمدین محل، تقاضا دارم که شهرستان محل سکونت فعلی و ساکن بودن اینجانب را به آدرس ذیل گواهی نمایند.</p> <p>آدرس محل سکونت فعلی : استان..... شهرستان..... بخش..... خیابان اصلی.....</p> <p>خیابان فرعی..... کوچه..... پلاک..... واحد.....</p> <p>امضاء و اثر انگشت</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p>اینجانبان امضاء کنندگان ذیل گواهی می نمایم که نامبرده بالا در حال حاضر در آدرس فوق سکونت داشته و مسئولیت عواقب عدم صحت اطلاعات فوق را می پذیریم .</p> <p>اینجانب..... فرزند..... به کد ملی..... صحت مراتب فوق را گواهی می نمایم.</p> <p>امضا و اثر انگشت</p> <p>اینجانب..... فرزند..... به کد ملی..... صحت مراتب فوق را گواهی می نمایم.</p> <p>امضا و اثر انگشت</p> <p>اینجانب..... فرزند..... به کد ملی..... صحت مراتب فوق را گواهی می نمایم.</p> <p>امضا و اثر انگشت</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p><b>این قسمت توسط فرمانداری و یا نیروی انتظامی (پاسگاه یا کلانتری محل) تکمیل گردد</b></p> <p>موارد فوق مورد تایید اینجانب..... با سمت..... می باشد.</p> <p>محل مهر - امضا</p> <p>فرمانداری/پاسگاه یا کلانتری محل</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p><b>تذکرات مهم:</b></p> <p>تکمیل این فرم برای تمامی داوطلبان بومی شهرستانی که متقاضی استفاده از اولویت استخدام به لحاظ اثبات ساکن بودن در حال حاضر خود در شهرستان مورد تقاضا می باشند، الزامی است. ساکن بودن با ده سال سابقه سکونت "داوطلب در شهرستان مورد تقاضا، به روش های ذیل باید بصورت توأمان حاصل گردد:</p> <p>الف) "ساکن بودن" در شهرستان مورد تقاضا:</p> <p>ارائه استشهاده محلی (بر اساس فرم پیوست) ممهور به مهر فرمانداری یا نیروی انتظامی (پاسگاه یا کلانتری محل) در شهرستان مورد تقاضا به همراه تصویر سند مالکیت و یا اجاره نامه دارای "کد رهگیری از سامانه ثبت معاملات املاک و مستغلات کشور" محل سکونت به نام داوطلب، همسر، پدر و یا مادر داوطلب در زمان ثبت نام در آزمون مشترک فراگیر.</p> <p>ب) احراز "ده سال سابقه سکونت در شهرستان مورد تقاضا، که به یکی از روش های ذیل صورت می گیرد:</p> <p>ب-۱): داشتن گواهی تحصیل در مقاطع تحصیلی ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان در شهرستان مورد تقاضا حسب مورد با تایید اداره آموزش و پرورش شهرستان مربوطه؛</p> <p>ب-۲): داشتن گواهی اشتغال بکار رسمی، پیمانی، قراردادی و یا شرکتهی اطلب و یا همسر وی (با در نظر گرفتن تاریخ عقد دایم) و یا گواهی اشتغال بکار رسمی، پیمانی، قراردادی و یا شرکتهی پدر و یا مادر داوطلب در دستگاه های اجرایی، نیروهای نظامی و انتظامی، بخش غیردولتی مشروط به پرداخت حق بیمه؛</p> <p>تبصره: هر یک از حالت های ذکر شده در بندهای (۱-ب) و (۲-ب) فوق می توانند به عنوان تمام یا قسمتی از سابقه ده سال سابقه سکونت در شهرستان مورد تقاضا (مشروط به عدم همزمانی تاریخ اعمال آن ها)، ملاک محاسبه قرار می گیرند.</p> |