



اطلاعیه شماره ۱ تکمیل ظرفیت
تاریخ درج اطلاعیه: ۱۴۰۳/۰۷/۲۵

بسمه تعالی

زمان و مکان اخذ مدارک مرحله تکمیل ظرفیت آزمون استخدام پیمانی ۲۸ مهر ۱۴۰۲ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

ضمن آرزوی موفقیت برای داوطلبان محترمی که در مرحله تکمیل ظرفیت براساس نتایج اعلامی توسط سازمان جهاد دانشگاهی جهت فرآیند بررسی مدارک و ارزیابی تکمیلی دعوت گردیده اند، خواهشمند است دعوت شدگان (براساس کارنامه تکمیل ظرفیت صادره از سوی جهاد دانشگاهی) 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
۸ - ۱۲:۳۰	یکشنبه ۲۹ مهر ۱۴۰۳	پرستار، پزشک عمومی، کارشناس آزمایشگاه تشخیص طبی، کارشناس بهداشت خانواده، کارشناس بهداشت محیط، کارشناس پیشگیری و مبارزه با بیماری ها، کارشناس تغذیه، کارشناس سلامت روان، کارشناس فناوری اطلاعات سلامت، کارشناس فوریت های پزشکی،
۱۴ - ۱۵:۳۰	دوشنبه ۳۰ مهر	کاردان فوریت های پزشکی (اولین حرف نام خانوادگی الف تا ص)
	سه شنبه ۱ آبان	کاردان فوریت های پزشکی (اولین حرف نام خانوادگی ع تا ی)

۲- قابل توجه رشته های کاردان و کارشناس فوریت پزشکی:

برابر مفاد دفترچه راهنمای آزمون، اندازه گیری **قد** و **BMI** در زمان بررسی مدارک انجام خواهد گرفت لذا به همراه داشتن پیراهن و شلوار سبک ورزشی الزامی می باشد. بدیهی است چنانچه **BMI** و اندازه قد افراد در محدوده تعیین شده نباشد، از سایر مراحل استخدام از جمله ارزیابی تکمیلی حذف خواهند شد.



۳- مدارک مورد نیاز:

- کارنامه مرحله تکمیل ظرفیت مندرج در سایت دانشگاهی که براساس آن داوطلب مجاز به معرفی بررسی مدارک (در مرحله تکمیل ظرفیت) شناخته 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 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 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 ارائه گردد.
 - تذکر ۲: کارت ایثارگری مورد بررسی قرار نخواهد گرفت.
 - تذکر ۳: 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)
 - اصل گواهی نامه رانندگی ب ۲ برای متقاضیان رشته شغلی فوریت های پزشکی (پشت و رو)
 - 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.
 - 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.
 - فرم امتیاز کرونی تکمیل شده / اصلاح شده طبق اطلاعیه تکمیل ظرفیت وزارت (برابر بند ۲ قسمت امتیازات دفترچه راهنمای آزمون در بازه زمانی از تاریخ ۹۸/۱۲/۰۱ تا آخرین روز ثبت نام ۱۴۰۲/۰۷/۰۲) (فرم کرونا، پیوست این اطلاعیه می باشد)



اطلاعیه شماره ۱ تکمیل ظرفیت
تاریخ درج اطلاعیه: ۱۴۰۳/۰۷/۲۵

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

- ۱- گواهی ایثارگری (در بند ۳ اشاره شده است)
- 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 (در بند ۳ اشاره شده است)
- 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 صفحات شناسنامه (در بند ۳ مدارک مورد نیاز اشاره شده است)
- 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.

۴ - محل اخذ مدارک استخدامی:

تبریز، کمربندی آزادی، خیابان گلگشت، روبروی بیمارستان امام رضا (ع)، ستاد مرکزی دانشگاه علوم پزشکی، طبقه همکف، اتاق ۱۱۹، واحد استخدام

۵- در خصوص نحوه امتیاز مشمولین قانون اصلاح قانون برقراری عدالت آموزشی:

به استناد بند ۴ قسمت امتیازات دفترچه راهنمای آزمون و تبصره ۱۰ ماده ۴ قانون اصلاح برقراری عدالت آموزشی در پذیرش دانشجو در دوره های تحصیلات تکمیلی و تخصصی، در صورتی که مشمولین این قانون حداقل یک سوم از مدت تعهدات محضری ارائه نموده را گذرانده باشند، امتیازی با ضریب ۱/۲ برای آنان توسط جهاد دانشگاهی محاسبه می گردد. فلذا لازم است صرفاً افرادی که در زمان ثبت نام این آزمون، گزینه مشمولین عدالت آموزشی را انتخاب نموده اند، مدارک زیر را تهیه و با سایر مدارک خود برابر جدول زمانبندی تحویل نمایند. بدیهی است در غیر اینصورت این امتیاز در کارنامه داوطلب بی تاثیر خواهد بود.

الف) تصویر فرم تعهدنامه محضری

ب) مکاتبه توسط واحد محل (مناطق محروم) و ذکر کل مدت تعهدات، تاریخ شروع تعهدات و مدت تعهدات انجام شده حداکثر لغایت

تاریخ ۱۴۰۲/۰۷/۰۲

ج) مدرک تحصیلی که در زمان ثبت نام، خوداظهاری شده است.

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 مرحله تکمیل ظرفیت آزمون استخدام پیمانی ۲۸ مهر ۱۴۰۲ 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، 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 مرحله تکمیل ظرفیت آزمون استخدام پیمانی ۲۸ مهر ۱۴۰۲ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

بیمارستان / مرکز درمانی خصوصی :

نام و نام خانوادگی متقاضی:

کدملی متقاضی :

شماره همراه متقاضی:

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

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

« فرم استشهاد محل سکونت جهت شرکت در تکمیل ظرفیت آزمون استخدام پیمانی ۲۸ مهر ۱۴۰۲ »

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی»

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 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 .