

## **((آگهی قرارداد جهت کمیساریا))**

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان در نظر دارد برای تامین نیروی انسانی مورد نیاز خود جهت کمیساریا (تسهیلات زایمانی زنگی آباد) از افراد واجد شرایط به صورت قرارداد کمیساریا از طریق مصاحبه با شرایط و ضوابط ذیل جذب نمایند.

متقاضیان می توانند از تاریخ ۱۴۰۳/۰۷/۰۷ لغایت ۱۴۰۳/۰۷/۱۰ در صورت داشتن شرایط زیر مدارک مورد نیاز را به کارگزینی واحد استخدام واقع در ابتدای هفت باغ علوی پردیس دانشگاه علوم پزشکی ساختمان شماره یک طبقه اول تحویل نمایند.

| ردیف | رشته شغلی | تعداد مورد نیاز | جنسیت | توضیحات                                                                                                    |
|------|-----------|-----------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱    | خدمات     | ۱ نفر           | زن    | دارا بودن مدرک تحصیلی دیپلم - بومی شهرستان زنگی آباد - حداکثر سن ۳۰ سال                                    |
| ۲    | ماما      | ۱ نفر           | زن    | دارا بودن مدرک تحصیلی کارشناسی مامایی و کارشناسی ارشد مامایی- دارای سابقه کار در زایشگاه- حداکثر سن ۴۰ سال |

### **شرایط عمومی داوطلبان**

- ۰۱ داشتن تابعیت ایران
- ۰۲ اعتقاد به دین مبین اسلام یا یکی از ادیان شناخته شده در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران
- ۰۳ التزام به قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران
- ۰۴ انجام خدمت دوره ضرورت یا معافیت قانونی برای مردان
- ۰۵ داشتن سلامت جسمانی و روانی و توانایی برای انجام کاری که برای آن جذب می شوند ( طبق نظر کمیسیون پزشکی یا گروه طب کار دانشگاه و شرکتهای طب کار دارای مجوز قانونی و یا شورای پزشکی دانشگاه)
- ۰۶ عدم اعتیاد به دخانیات و مواد مخدر
- ۰۷ نداشتن سابقه محکومیت جزایی موثر
- ۰۸ عدم وجود هرگونه ممنوعیت جذب در دستگاههای اجرایی توسط آراء مراجع قضایی و ذیصلاح
- ۰۹ داوطلبان جذب نباید جزء نیروهای بازرخرد خدمت و همچنین بازنشسته دستگاههای اجرایی باشند.

### **شرایط سنی داوطلبان:**

- داشتن حداقل ۲۰ سال و حداکثر ۳۰ سال تمام (متولد شدگان ۱۳۷۳/۰۷/۰۷ لغایت ۱۳۸۳/۰۷/۰۷) برای دارندگان مدرک دیپلم و حداکثر ۴۰ سال تمام (متولد شدگان ۱۳۶۳/۰۷/۰۷ لغایت ۱۳۸۳/۰۷/۰۷) برای دارندگان مدرک کارشناسی و کارشناسی ارشد
- موارد ذیل به شرط ارائه تأییدیه های معتبر، به حداکثر سن مقرر اضافه خواهد شد:
- ۱- جانبازان، آزادگان، فرزندان شهدا، فرزندان جانبازان و فرزندان آزادگان یک سال اسارت و بالاتر، از شرط حداکثر سن معاف می باشند

۲- سایر مشمولین سهمیه ۲۵ درصد و ۵ درصد در صورت ثبت نام در آزمون، مکلف به رعایت حداکثر سن‌های اعلام شده در ذیل می‌باشند. در غیراین صورت از ادامه فرایند جذب حذف خواهند شد.

- پدر و مادر و همسر و برادر و خواهر شهید به میزان پنج سال

- داوطلبانی که در جبهه ها به طور داوطلبانه خدمت نموده اند به میزان حضور در جبهه و همچنین مدت زمان بستری شدن و یا استراحت

پزشکی رزمندگان داوطلب در اثر مجروحیت در جبهه ها

۳- سابقه خدمت کارمندان تمام وقت دولتی حداکثر به میزان ۵ سال

۴- سنوات قراردادی یا شرکتی داوطلبانی که در سالهای گذشته به صورت قرارداد تمام وقت (اعم از قراردادهای معین و پزشک خانواده و قرارداد

مشاغل کاری) در موسسات تابعه وزارت بهداشت و یا شرکت‌های پیمانکاری طرف قرارداد آنها به خدمت اشتغال داشته‌اند و با موسسه قطع همکاری نموده‌اند حداکثر به میزان ۵ سال (طبق سابقه بیمه قابل قبول)

۵- به استناد بند الف ماده ۱۵ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰/۸/۱۹ مجلس شورای اسلامی به ازاء تاهل و نیز داشتن هر

فرزند یکسال تا حداکثر ۵ سال به سقف محدودیت سنی اضافه می شود.

نکته: مجموع سنوات اضافه شده به سن داوطلبان در هر حال از ۱۰ سال بیشتر نخواهد بود.

**امتیاز جوانی جمعیت:** براساس قانون جوانی جمعیت به ازای تاهل و نیز هر فرزند (۲امتیاز) مجموعاً (۱۰امتیاز) به هر فرد اضافه می گردد

**مواد آزمون تخصصی:** سوال های حیطه های تخصصی آزمون با توجه به دانش و مهارت های تخصصی متناسب با رشته های شغلی براساس مواد آزمون

### مدارک مورد نیاز:

اصل و کپی شناسنامه

اصل و کپی کارت ملی

اصل و کپی شناسنامه همسر و فرزندان

اصل و کپی مدرک تحصیلی (اولین و آخرین)

اصل و کپی مدارک اشاره شده در جدول فوق اشاره

یک قطعه عکس رنگی

اصل و کپی مدرک ایثارگری

### نکته مهم:

بیمه نیروهای پذیرفته شده بعد از مصاحبه تخصصی جهت همکاری با پروژه کمیساریا بصورت **خویش فرما** می باشد.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                        |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| نام خانوادگی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 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- کد ملی                                                                                              |  |
| ۱۰- دین:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | ۱۱- وضعیت تاهل: متاهل <input type="checkbox"/> ۲- مجرد <input type="checkbox"/>                        |  |
| ۱۲- وضعیت نظام وظیفه:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | ۱- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> ۲- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/> |  |
| ۱۳- وضعیت ایثارگری:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                        |  |
| ۱- <input type="checkbox"/> جانباز درصد جانبازی درصد                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                        |  |
| ۲- <input type="checkbox"/> رزمنده (برای حداقل ۶ ماه حضور داوطلبانه درجبهه) مدت حضور درجبهه: روز ماه سال                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                        |  |
| ۳- <input type="checkbox"/> آزاده مدت اسارت: روز ماه سال                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                        |  |
| ۴- فرزند و همسر شهید: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                        |  |
| ۵- فرزند و همسر جانبازان ۲۵٪ و بالاتر: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                        |  |
| ۶- فرزند و همسر آزادگان بالای یکسال اسارت: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                        |  |
| ۷- فرزند و همسر رزمنده دارای سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه درجبهه: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                        |  |
| ۸- فرزند جانبازان زیر ۲۵٪ و آزادگان زیر یکسال اسارت: فرزند جانباز <input type="checkbox"/> فرزند آزاده <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                        |  |
| ۹- خواهر و برادر شهید: خواهر <input type="checkbox"/> برادر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                        |  |
| ۱۴- سایر موارد: ۱- سهمیه آزاد <input type="checkbox"/> ۲- معلولین عادی <input type="checkbox"/> ۳- بومی شهرستان <input type="checkbox"/> ۴- بومی استان <input type="checkbox"/> ۵- غیر بومی <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                        |  |
| ۱۵- آخرین مدرک تحصیلی: کارشناسی <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                        |  |
| ۱۶- رشته تحصیلی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | گرایش تحصیلی: معدل:                                                                                    |  |
| ۱۷- دانشکده محل تحصیل:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | استان محل تحصیل:                                                                                       |  |
| ۱۸- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی: / / ۱۳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                        |  |
| ۲۰- شغل مورد درخواست (فقط یک شغل):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                        |  |
| ۲۱- محل جغرافیایی مورد تقاضا (فقط یک محل):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                        |  |
| ۲۳- نشانی کامل: محل سکونت: استان: شهرستان: خیابان: کوچه: پلاک: کدپستی: شماره تلفن ثابت: کد شهر: شماره تلفن همراه:                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                        |  |
| ۲۴- شماره تلفن برای تماس ضروری:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                        |  |
| اینجانب ..... متقاضی شرکت در آزمون پذیرش خرید خدمت (شرکتی) دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، 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 عقد قرارداد در آن دانشگاه از خود سلب می نمایم |  |                                                                                                        |  |
| ۲۵- تاریخ تنظیم فرم:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | امضاء و اثر انگشت متقاضی                                                                               |  |