



بسمه تعالی

شماره: ۱۲۸۶۲/۶

تاریخ: ۱۴۰۱/۱۱/۱۸

پیوست: دارد

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
استان اصفهان
مرکز بهداشت استان

مدیر محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان

رئیس محترم مرکز بهداشت شماره یک و دو اصفهان

با سلام و احترام

پس از حمد خدا و درود و صلوات بر حضرت محمد و آل محمد (ص)، پیرو مجوزهای صادر شده جهت جذب دستیار دهان و دندان به اطلاع می‌رساند، متقاضیان با توجه به شرایط عمومی و اختصاصی جدید به شرح ذیل معرفی گردند.

۱) از تاریخ دریافت نامه حداکثر به مدت ۷ روز، فراخوان جذب دستیار دندانپزشک با شرایط عمومی و اختصاصی جدید در سطح شهرستان انجام گیرد. اطلاع رسانی در محل‌های مربوطه طوری صورت پذیرد که واجدین شرایط به نحو مقتضی مطلع گردند. همچنین اطلاعیه در سایت شبکه نیز درج گردد.

۲) پس از انجام فرآیند اطلاع رسانی، مدارک واجدین شرایط در کمیته ای متشکل از مسئول کارگزینی، مسئول حراست و مسئول گسترش شهرستان بررسی مقدماتی انجام و صحت و سقم آن تأیید و اسامی جهت اقدامات بعدی به این حوزه (گروه توسعه شبکه - خانم تقیان) حداکثر تا تاریخ ۱۴۰۱/۱۱/۲۵ با ثبت در فرم پیوست اعلام گردد. هرگونه مغایرت و نقص در مدارک ارسالی برعهده تأییدکنندگان مذکور می‌باشد.

مدارک موردنیاز:

- ۱) تکمیل برگ درخواست شغل
- ۲) ۱ قطعه عکس ۳*۴ جدید و پشت نویسی شده
- ۳) تصویر آخرین مدرک تحصیلی
- ۴) تصویر تمام صفحات شناسنامه
- ۵) تصویر کارت ملی (دو طرف)
- ۶) مدارک دال بر ایثارگری
- ۷) مدارک دال بر بومی بودن

تعاریف:

ایثارگان سهمیه ۲۵ درصد شامل: جانبازان، آزادگان، همسر و فرزند شهید، همسر و فرزندان جانبازان بیست و پنج درصد و بالاتر، همسر و فرزندان آزادگان دارای یک سال و بالای یک سال اسارت و پدر، مادر، خواهر و برادر شهید

اصفهان، خیابان ابن سینا، جنب بیمارستان امین - حوزه معاونت بهداشتی

تلفن: ۹ - ۴۴۷۶۰۶۰

پست الکترونیکی: Health@mui.ac.ir



بسمه تعالی

شماره: ۶/۱۲۸۶۲

تاریخ: ۱۴۰۱/۱۱/۱۸

دارد

پیوست:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
استان اصفهان
مرکز بهداشت استان

ایثارگران سهمیه ۵ درصد شامل: رزمندگان با سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه در جبهه ها، همسر و فرزندان رزمندگان با سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه در جبهه ها، فرزندان جانبازان زیر ۲۵ درصد و فرزندان آزادگان کمتر از یک سال اسارت

شرایط عمومی:

- (۱) داشتن تابعیت ایران
- (۲) عدم اعتیاد به دخانیات و مواد مخدر و روانگردان
- (۳) نداشتن سابقه محکومیت جزایی مؤثر
- (۴) اعتقاد به دین مبین اسلام یا یکی از ادیان شناخته شده در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران
- (۵) التزام به قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران
- (۶) داشتن سلامت جسمانی و روانی و توانایی برای انجام کاری که برای آن به کارگیری می شوند.
- (۷) داوطلبان نباید متعهد خدمت به دستگاهها و نهادهای انقلاب اسلامی و مستخدم رسمی ثابت و پیمانی و یا بازخرید شده سایر دستگاههای دولتی باشند.
- (۸) داوطلبان نباید از افرادی باشند که به موجب آراء مراجع قضایی و ذی صلاح از خدمت دولت منع شده باشند.
- (۹) عدم سابقه اخراج از سایر واحدهای تابعه دانشگاه

شرایط اختصاصی:

- (۱) داوطلبان بومی در شهرستان ها در صورتی که حداقل یکی از ویژگیهای زیر را دارا باشند بومی تلقی می شوند.
 - شهرستان محل تولد مندرج در شناسنامه داوطلب با شهرستان مورد تقاضا یکی باشد. (ثبت شناسنامه در شهرستان مورد تقاضا مورد قبول نمی باشد).
 - سکونت در منطقه مورد نظر حداقل به مدت ده سال با تاریخ انتشار آگهی با ارائه مدارک استشهاد محلی (فرم پیوست) ممهور به مهر نیروی انتظامی (پاسگاه یا کلانتری محل) احراز گردد.
 - داشتن سوابق تحصیلی در مقاطع ابتدایی، راهنمایی یا دبیرستان در شهرستان مورد تقاضا با تایید اداره آموزش و پرورش شهرستان مربوطه می تواند به عنوان تمام یا قسمتی از سابقه ده سال سکونت به شرط استشهاد محلی مبنی بر تایید ساکن بودن ملاک عمل قرار گیرد.

اصفهان، خیابان ابن سینا، جنب بیمارستان امین - حوزه معاونت بهداشتی

تلفن: ۹۰ - ۴۴۷۶۰۶۰

پست الکترونیکی: Health@mui.ac.ir



بسمه تعالی

شماره: ۶/۱۲۸۶۲

تاریخ: ۱۴۰۱/۱۱/۱۸

دارد

پیوست:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
استان اصفهان
مرکز بهداشت استان

(۲) داشتن سن حداقل ۲۰ سال تمام و حداکثر ۴۰ سال تمام تا اولین روز ثبت نام برای دارندگان مقطع تحصیلی

کاردان، کارشناس و کارشناسی ارشد

موارد ذیل به شرط ارائه تأییدیه های معتبر به حداکثر سن تا سقف ۱۵ سال اضافه خواهد شد: **الف.** جانبازان، آزادگان، فرزندان جانبازان ۲۵ درصد و بالاتر و فرزندان آزادگان یک سال اسارت و بالاتر از شرط حداکثر سن معاف می باشند.

ب- سایر مشمولین سهمیه ۲۵ درصد (همسرشهاد، جانباز ۲۵ درصد و آزاده، پدر، مادر، خواهر و برادرشهاد) و ایثارگران ۵ درصد به میزان ۵ سال

ج. 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

د. لیست سوابق بیمه در منطقه مورد نظر ممهور به مهر سازمان تأمین اجتماعی

و. به استناد بند الف ماده ۱۵ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰/۸/۱۹ مجلس شورای اسلامی به ازاء تاهل یکسال و نیز داشتن هر فرزند یکسال (تا حداکثر ۵ سال) به سقف محدودیت سنی اضافه می شود.

(۳) دارا بودن مدرک تحصیلی حداقل کاردان / کارشناس سلامت دهان و دندان، کاردان / کارشناس بهداشت عمومی یا بهداشت خانواده و کاردان / کارشناس مامایی

(۴) متقاضیان با مدارک تحصیلی در بند ۳، در صورت داشتن مدرک دستیاری دندانپزشکی و سابقه کار در دندانپزشکی در اولویت می باشند.

(۵) افراد دارای شرایط ایثارگری برطبق قوانین و مقررات مربوطه در اولویت می باشند.

(۶) جنسیت: پذیرش افراد صرفاً از داوطلبین زن می باشد.

دکتر حمید گل داری
معاون بهداشت دانشگاه
و رئیس مرکز بهداشت استان
از طرف دکتر غفور راستین
معاون اجرایی

رونوشت:

رئیس محترم گروه توسعه شبکه جناب آقای حمای

کارشناس محترم پزشک خانواده معاونت بهداشت جناب آقای خسروی

مسئول محترم واحد بهداشت دهان و دندان جناب آقای دکتر پرویز
اصفهان، خیابان ابن سینا، جنب بیمارستان امین - حوزه معاونت بهداشتی

تلفن: ۹ - ۲۲۷۶۰۶۰

پست الکترونیکی: Health@mui.ac.ir

بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

فرم درخواست شغل

الف) مشخصات شخصی

- ۱- نام خانوادگی:
- ۲- نام:
- ۳- نام پدر:
- ۴- جنس: ☐ مرد ☐ زن
- ۵- تاریخ تولد: ۱۳ / /
- ۶- محل تولد:
- ۷- شماره شناسنامه:
- ۸- کد ملی:
- ۹- محل صدور شناسنامه:
- ۱۰- دین: مذهب:
- ۱۱- وضعیت تأهل: ☐ متاهل ☐ مجرد
- ۱۲- وضعیت نظام وظیفه: ☐ دارای کارت پایان خدمت ☐ دارای معافیت قانونی دائم

ب) اولویت و امتیازات

- ۱۳- وضعیت ایثارگری:
- ۱۳-۱- ☐ جانباز درصد جانبازی:
- ۱۳-۲- ☐ رزمنده مدت حضور در جبهه: روز و ماه و سال
- ۱۳-۳- ☐ آزاده مدت اسارت: روز و ماه و سال
- ۱۳-۴- خانواده معظم: ☐ شهداء ☐ مفقودین
- جانبازان از کار افتادگی کلی غیر قادر به انجام کار ☐ اسرا ☐ نسبت:
- ۱۳-۵- ☐ فرزند شهید درصد جانبازی پدر:
- ۱۳-۶- ☐ فرزند جانباز
- ۱۴- سایر موارد:
- ۱۴-۱- ☐ سهمیه آزاد
- ۱۴-۲- ☐ معلولین عادی
- ۱۴-۳- ☐ افراد بومی
- ۱۴-۴- مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان (مدت خدمت: روز و ماه و سال)
- تاریخ شروع: ۱۳ / / تاریخ پایان: ۱۳ / /

ج) مشخصات تحصیلی:

۱۵- آخرین مدرک تحصیلی:
۱۶- رشته تحصیلی:
معدل:
۱۷- دانشگاه محل تحصیل:
استان محل تحصیل:
۱۸- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی: ۱۳ / /

۱۹- محل جغرافیایی شغل مورد درخواست:

اولویت اول:
اولویت دوم:
اولویت سوم:

۲۰- نشانی کامل:

استان: شهرستان:
خیابان: کوچه:
پلاک: کدپستی:
شماره تلفن ثابت: کد شهرستان:
تلفن همراه: شماره تلفن برای تماس ضروری:

اینجانب
مقطع
فرزند
شماره ملی
دانش آموخته رشته
متقاضی اشتغال به کار در یکی از واحدهای تابعه دانشگاه بوده و در صحت و سلامت کامل
اعلام می دارم که از عدم التزام دانشگاه علوم پزشکی اصفهان جهت بکارگیری اینجانب مطلع بوده و حق هر گونه اعتراض
را از خود سلب می نمایم.

نام و نام خانوادگی:

امضاء و اثر انگشت

فرم استشهاد محل سکونت جهت شرکت در آزمون پذیرش نیرو در قالب برنامه پزشک خانواده - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

اینجانب فرزند کد ملی از مطلعین و معتمدین محل تقاضا دارم که شهرستان محل سکونت فعلی و مدت اینجانب را گواهی نمایند.

با تشکر

امضا و اثر انگشت

اینجانبان امضا کنندگان ذیل گواهی می نماییم که نامبرده بالا در محل حاضر در بخش شهرستان ساکن است و مدت سال ماه است که در این شهرستان سکونت داشته است.

- اینجانب به کد ملی صحت مراتب فوق را گواهی می نمایم. امضا و اثر انگشت

- اینجانب به کد ملی صحت مراتب فوق را گواهی می نمایم. امضا و اثر انگشت

- اینجانب به کد ملی صحت مراتب فوق را گواهی می نمایم. امضا و اثر انگشت

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

موارد فوق مورد تایید این می باشد.

محل مهر - امضا

پاسگاه یا کلانتری محل

تذکرات مهم:

- ۱- تکمیل این فرم برای تمامی داوطلبان بومی شهرستان که متقاضی استفاده از اولویت استخدام به لحاظ ساکن بومی با سابقه حداقل ده سال سکونت می باشد، الزامی است.
- ۲- داوطلبان بومی شهرستان که دارای سوابق تحصیلی در مقاطع ابتدایی، راهنمایی و یا دبیرستان در شهرستان مورد تقاضا باشند، با تایید 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 است.