

« آگهی پذیرش نیروی خدمات نظیفات بصورت شرکتی »»

مدیریت پشتیبانی دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش در نظر دارد جهت تأمین نیروی خدمات و نظیفات مورد نیاز خود در (بیمارستان - مرکز بهداشت - ستاد مرکزی) به استناد مجوز شماره ۹۴/د/۱۰۰/۵۵۴ مورخ ۹۴/۰۸/۲۷ معاونت محترم توسعه مدیریت و منابع تعداد **۲۶ نفر** از افراد واجد شرایط را از طریق امتحان عمومی، مصاحبه و گزینش به صورت شرکتی با در نظر گرفتن شرایط مندرج بکارگیری نماید.

شرایط نیروی خدمات نظیفات :

جنسیت		عنوان مدرک	ردیف
زن	مرد		
*	*	دیپلم و زیر دیپلم	۱

۱- شرایط عمومی پذیرش

- ۱/۱- تدین به دین مبین اسلام یا یکی از ادیان رسمی کشور مطرح در قانون اساسی
- ۱/۲- تابعیت نظام جمهوری اسلامی ایران
- ۱/۳- داشتن کارت پایان خدمت و وظیفه عمومی یا معافیت دائم از خدمت (ویژه برادران)
- ۱/۴- عدم اعتیاد به دخانیات و مواد مخدر
- ۱/۵- عدم سابقه محکومیت جزایی موثر
- ۱/۶- داشتن سلامت جسمانی و روانی و توانایی برای انجام کاری که به خدمت گرفته می شوند
- ۱/۷- نداشتن منع استخدام در دستگاههای دولتی بموجب آرای مراجع قانونی
- ۱/۸- داوطلبان نباید مستخدم رسمی، ثابت و پیمانی سایر دستگاههای دولتی و یا با خرید خدمت باشند.

۲- شرایط اختصاصی پذیرش

- ۲/۱- داشتن حداقل ۲۰ سال سن و حداکثر ۳۰ سال تمام برای دارندگان دیپلم
- ۲/۲- جهت نیروهای خدمات نظیفات اولویت با افراد دارای مدرک دیپلم می باشد
- ۲/۲- خانواده های معظم شهدا، آزادگان و جانبازان و افراد بومی شهرستان در اولویت هستند
- ۲/۴- شرط لازم و کافی جهت قبولی نهایی در آزمون موفقیت در مصاحبه می باشد.

۳- نحوه ثبت نام و مدارک مورد نیاز

متقاضیان جهت ثبت نام و تحویل مدارک تا تاریخ ۹۴/۰۹/۰۵ مهلت دارند به صورت حضوری به دفتر مدیریت پشتیبانی

دانشکده علوم پزشکی مراجعه نمایید

زمان برگزاری امتحان و مصاحبه:
سه شنبه ۱۰ آذر ۹۴ ساعت ۸ صبح
سالن امتحانات علوم پزشکی

- تکمیل برگ درخواست شغل از دانشکده علوم پزشکی

- اصل به همراه تصویر آخرین مدرک تحصیلی

- اصل به همراه تصویر کارت ملی

- اصل به همراه تصویر تمام صفحات شناسنامه

- اصل به همراه تصویر کارت پایان خدمت نظام وظیفه عمومی یا معافیت دائم

- اصل به همراه تصویر مدارک دال بر اینترگری

- عکس ۳*۴ سه قطعه

* جهت کسب اطلاعات بیشتر به دفتر مدیریت پشتیبانی دانشکده یا با شماره ۰۲۴۴۸۱۰۰ تماس حاصل نمایید.

مدیریت پشتیبانی دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش

برگ درخواست شغل از دانشکده علوم پزشکی و خدماتی بهداشتی درمانی گراش

در این قسمت چیزی ننویسید

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- شماره ملی: ۹- محل صدور شناسنامه:
۱۰- دین :	۱۱- وضعیت تاهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> تعداد اولاد:
۱۲- وضعیت نظام وظیفه : ۱- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> ۲- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/>	
۱۳- وضعیت ایثارگری :	
۱- فرزند و همسر شهداء: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	
۲- فرزند و همسر جانبازان ۲۵٪ و بالاتر: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	
۳- فرزند و همسر آزادگان بالای یکسال اسارت: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	
۴- فرزند و همسر رزمنده دارای سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه در جبهه: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	
۵- فرزند جانبازان زیر ۲۵٪ و آزادگان زیر یکسال اسارت : فرزند جانباز <input type="checkbox"/> فرزند آزاده <input type="checkbox"/>	
۶- 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- افراد بومی محل مورد تقاضا <input type="checkbox"/> ۴- افراد بومی استان <input type="checkbox"/>	
۵- افراد غیر بومی <input type="checkbox"/>	
۱۵- مدرک تحصیلی : دیپلم <input type="checkbox"/> زیر دیپلم <input type="checkbox"/>	
۱۶- ارائه مدرک تحصیلی دیپلم	
۱۷- سوابق اجرایی:	
۱۸- نشانی کامل : محل سکونت : استان شهرستان خیابان	
کوچه پلاک کدپستی شماره تلفن	
کد شهر شماره تلفن همراه	
۱۹- محل مورد تقاضای کار: بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز بهداشت <input type="checkbox"/> ستاد مرکزی <input type="checkbox"/>	
۲۰- شماره تلفن برای تماس ضروری :	
اینجانب متقاضی شرکت در آزمون شرکتی دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش 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 جذب در آن دستگاه از خود سلب می نمایم	
۲۱- تاریخ تنظیم فرم :	امضاء و اثر انگشت متقاضی