۳- نحوه ثبت نام ومدارک مورد نیاز

۳/۱- متقاضیان واجد شرایط ملزم هستند از تاریخ ۱۴۰۴/۰۷/۰۵ حداکثر تاپایان وقت اداری مورخه ۱۴۰۴/۰۷/۱۶ مدارک مورد نیاز ثبت نام را به واحد کارگزینی شبکه بهداشت و درمان شهرستان دیر تحویل دهند . آدرس : بندر دیر – بلوار معلم روبروی صدا و سیما شبکه بهداشت و درمان شهرستان - تلفن : ۰۷۷۳۵۴۲۳۶۰۳ـ ۳۶۷۶ ۰۷۷۳۵۴۲

۳/۲- مدارک مورد نیاز ثبت نام:

- تکمیل برگ درخواست شغل
- یک قطعه عکس ۴×۳
- تصویر آخرین مدرک تحصیلی
- تصویر کارت ملی
- تصویر شناسنامه به همراه تصویر تمام صفحات آن
- تصویر سایرمدارک طبق مفاد آگهی حسب ضرورت
- فیش واریزی

۳/۳- به ثبت نام ناقص و یا ارسال مدارک ناقص ترتیب اثر داده نخواهد شد .

۴- زمان آزمون : راس ساعت ۹ صبح شنبه مورخ **۱۴۰۴/۰۷/۱۹**

۵-مواد امتحان :

۵/۱- امتحان تخصصی شامل سوالات مربوط با رشته شغلی به تعداد ۴۵ سئوال و به صورت چهار گزینه ای می باشد ضمنا آزمون نمره منفی دارد.

۶- کسب بالاترین نمره به عنوان نمره قبولی مد نظر قرار میگیرد .

۷- مدارک تحصیلی بالاتر یا پائین تر از مقاطع تحصیلی اعلام شده درشرایط احراز مشاغل در آگهی استخدامی و همچنین مدارک معادل، برای شرکت در امتحان و استخدام معتبر نمی‌باشد.

۷/۱- مسئولیت ناشی از عدم رعایت دقیق ضوابط وشرایط اعلام شده درمتن آگهی برعهده داوطلب خواهد بود ودر هر مرحله از مراحل ثبت نام، امتحان و جذب محرز شود که داوطلب اطلاعات خلاف داده یا فاقد شرایط مندرج در آگهی است داوطلب از انجام مراحل بعدی محروم خواهد شد، حتی در صورت صدور قرارداد حکم مزبور لغو وبلااثر می-گردد.

۷/۲- هرگونه اطلاع رسانی درخصوص امتحان از طریق شبکه بهداشت و درمان شهرستان دیر خواهد بود وداوطلبان اطلاعات مورد نیاز خود را بدین طریق دریافت خواهند کرد.

۷/۳- باتوجه به این که ملاک ثبت نام ازمتقاضیان تکمیل برگ درخواست شغل می باشد لازم است درتکمیل آن نهایت دقت را به عمل آورده وهیچگونه اصلاحاتی پس از ثبت نام قابل پذیرش نخواهد بود.

۷/۴-انتخاب داوطلبان به ترتیب بالاترین نمره کل ماخوذه در آزمون در هر رشته شغلی با رعایت ظرفیت پیش بینی شده می‌باشد. در مواردی که نمره کل دو داوطلب در یک رشته شغلی یکسان و مازاد بر تعداد ظرفیت اعلام شده در آگهی استخدامی باشد، ملاک عمل نمره آزمون کتبی قرارمی گیرد وبعنوان نفر اصلی به گزینش معرفی می شودقرار خواهد گرفت.

۷/۵- شبکه بهداشت و درمان شهرستان دیر هیچ گونه تعهدی جهت تامین غذا، ایاب و ذهاب و مسکن پذیرفته شدگان ندارد.

۷/۶- داوطلبان بایستی به مبنای تاریخ های اشاره شده در آگهی توجه کافی داشته باشند.

۷/۷ – مبلغ واریزی جهت ثبت نام متقاضیان آزمون پزشک خانواده 500000 هزار ریال به شماره حساب و شناسه واریز و شبا حساب بانک ملي ذیل می باشد.

نام سازمان	شماره حساب	شناسه واریز	شبا حساب
شبکه بهداشت ودرمان شهرستان دیر	4001080803025348	350080873124004000010015121509	IR490100004001080803025348