

## « آگهی فراخوان نیروی شرکتی »

شرکت **بهبود امداد** در نظر دارد نسبت به جذب ۴ نفر نیرو حسب شرایط و تعداد متقاضیان از طریق آزمون کتبی /مصاحبه و یا ترکیبی از هر دو در رشته شغلی کمک پرستار به شرح جدول ذیل به صورت شرکتی جهت خدمت در واحدهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی به کارگیری نماید. ضمناً کلیه پذیرفته شدگان پس از انجام مراحل قانونی به هسته گزینش دانشگاه علوم پزشکی اراک معرفی و صلاحیت ایشان بررسی خواهد شد. لذا داوطلبین پس از مطالعه مفاد آگهی در صورت واجد شرایط بودن می توانند نسبت به تکمیل و تحویل فرم درخواست شغل خود اقدام نمایند.

**تذکره خیلی مهم: مسئولیت عدم مطالعه دقیق شرایط این آگهی بعهده شرکت کننده می باشد.**

عنوان شغل	محل جغرافیایی خدمت	تعداد مورد نیاز	جنسیت	شرایط احراز از نظر مدرک و رشته تحصیلی
کمک پرستار	تفرش/بیمارستان والفجر	۱	زن /مرد	دارا بودن مدرک تحصیلی دیپلم بهیاری / دیپلم مشروط به اخذ گواهینامه کمک پرستاری مورد تأیید معاونت پرستاری وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
	آشتیان/بیمارستان امام سجاد(ع)	۱	زن /مرد	
	محلات/بیمارستان امام خمینی (ره)	۱	زن /مرد	
	کمیجان/بیمارستان امام علی(ع)	۱	زن /مرد	

## شرایط پذیرش داوطلبان:

### ۱- شرایط عمومی بکارگیری نیرو

۱/۱- تدین به دین مبین اسلام یا یکی از ادیان رسمی کشور مصرح در قانون اساسی

۱/۲- داشتن تابعیت 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 و روانگردان

۱/۵- عدم سابقه محکومیت جزایی موثر

۱/۶- نداشتن منع بکارگیری در دستگاه‌های دولتی به موجب آرای مراجع قانونی

۱/۷- داوطلبان نباید مستخدم بازنشسته و بازخرید خدمت دستگاه‌های اجرایی باشند.

۱/۸- التزام به قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران

۱/۹- داشتن سلامت جسمانی و روانی و توانایی برای انجام کاری که برای آن به کارگیری می‌شوند.

## ۲- شرایط اختصاصی به کارگیری نیرو

۲/۱ - داشتن حداقل ۱۸ سال تمام و حداکثر ۳۲ سال تمام (متولدین ۱۳۶۹/۰۵/۰۹ تا ۱۳۸۳/۰۵/۰۹)

موارد ذیل به شرط ارائه تاییدیه‌های معتبر به حداکثر سن مقرر اضافه خواهد شد.

- مدت خدمت سربازی انجام شده
  - جانبازان، آزادگان، فرزندان شهدا، فرزندان جانبازان و فرزندان آزادگان یک سال اسارت و بالاتر از شرط حداقل معدل و حداکثر سن معاف می‌باشند
  - پدر و مادر و همسر و برادر و خواهر شهید به میزان پنج سال
  - داوطلبانی که در جبهه‌ها به طور داوطلبانه خدمت نموده‌اند به میزان حضور در جبهه و همچنین مدت زمان بستری شدن و یا استراحت پزشکی رزمندگان داوطلب در اثر مجروحیت در جبهه‌ها
  - درخصوص نیروهایی که در سنوات گذشته به صورت مستمر در دانشگاه علوم پزشکی و واحدهای تابعه مشغول فعالیت بوده‌اند، مدت سابقه بیمه مستمر به حداکثر سن افزوده می‌شود
  - درخصوص نیروهایی که در سنوات گذشته به صورت غیر مستمر در دانشگاه علوم پزشکی و واحدهای تابعه مشغول فعالیت بوده‌اند سوابق بیمه ای غیر مستمر تا سقف ۸ سال به حداکثر سن مقرر افزوده می‌شود.
  - به ازای تاهل و نیز داشتن هر فرزند، یکسال به سقف محدودده سنی داوطلب که در متن آگهی درج گردیده، اضافه خواهد شد. حداکثر سنوات قابل افزایش برای تاهل و داشتن فرزند، پنج (۵) سال می‌باشد.
- نکته: ملاک تاریخ ازدواج و تولد فرزند آخرین روز ثبت نام آزمون می‌باشد.

۲/۲- داوطلبان بایستی به مبنای تاریخ‌های اشاره شده در آگهی توجه کافی داشته باشند. لازم به ذکر است ملاک عمل برای تاریخ گواهی فراغت از تحصیل، پایان خدمت نظام وظیفه آخرین روز ثبت نام (۱۴۰۱/۰۵/۱۳) می‌باشد و ملاک محاسبه سن اولین روز ثبت نام (۱۴۰۱/۰۵/۰۹) می‌باشد.

۲/۳- داشتن کارت پایان خدمت وظیفه عمومی یا معافیت دائم

۲/۴- داشتن حداقل معدل ۱۳

۲/۵- پذیرفته شدگان می‌بایست تعهد محضری بدون قید و شرط مبنی بر انجام خدمت جهت شغل مورد نظر (کمک پرستار) تا پایان خدمت طبق شرایط جذب دانشگاه در بخش خصوصی بسپارد و در صورت درخواست تغییر شغل، اعمال مدرک تحصیلی بالاتر و یا انتقال، درخواست آنان به منزله استعفاء یا انصراف از خدمت تلقی شده و قرارداد آنان لغو و بلااثر می‌گردد و در این صورت داوطلب حق هیچگونه اعتراضی را نخواهد داشت.

## امتیازات و سهمیه های قانونی :

### الف: سهمیه ایثارگران:

ایثارگران تابع قوانین و مقررات مربوطه می باشند.

### ب: سهمیه بومی

با توجه به بخشنامه شماره ۳۶۹۴۸۸ مورخ ۹۹/۰۷/۲۷ سازمان اداری و استخدامی کشور و به استناد قانون اصلاح ماده ۴۴ قانون مدیریت خدمات کشوری مصوب ۱۳۹۹/۶/۱۶ مجلس شورای اسلامی نمره مکتسبه داوطلبان بومی بجز شهرستان تهران و مراکز استانها با تعاریف ذیل با ضریب یک و چهاردهم محاسبه و ملاک عمل قرار می گیرد.

الف- شهرستان محل تولد مندرج در شناسنامه داوطلب با شهرستان مورد تقاضا یکی باشد.

ب- سکونت داوطلب به مدت حداقل ده سال با ارائه استشهاد محلی (براساس فرم پیوست مندرج در صفحات پایانی (ممهور به مهر نیروی انتظامی) پاسگاه یا کلانتری محل احراز گردد.

ج- 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.

د- در صورت وجود ابهام در خصوص شهرستان محل تولد نظر اداره کل ثبت احوال استان ملاک عمل خواهد

بود.

و- تقسیمات کشوری در اولین روز ثبت نام ملاک عمل برای تعیین بومی بودن خواهد بود.

## ج: سایر سهمیه ها:

۱- به استناد بند "ب" ماده ۱۵ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت به ازاء تاهل و نیز هر فرزند دو درصد (۲) تا حداکثر ده درصد (۱۰) به نمره مکتسبه فرد اضافه خواهد شد.

## نحوه ثبت نام:

متقاضیان واجد شرایط می بایست از ساعت ۸ صبح لغایت ساعت ۱۳ روز یکشنبه مورخ ۱۴۰۱/۰۵/۰۹ لغایت پنجشنبه ۱۴۰۱/۰۵/۱۳ مدارک ذیل را به صورت دستی به آدرس ذیل تحویل و رسید دریافت نمایند.

**آدرس:** اراک - خیابان هپکو - شهرک شهید بهشتی فاز دو - جنب مرکز بهداشت شهرستان اراک - ساختمان کلینیک ساعی - طبقه همکف (تلفن تماس ضروری ۰۹۱۸۳۶۱۱۸۵۲) اقدام نمایند.

داوطلبین می توانند در صورت داشتن هرگونه ابهام با نماینده شرکت **آقای جابری شماره تماس:** ۰۹۱۸۳۶۱۱۸۵۲ تماس حاصل نمایند.

## مدارک مورد نیاز:

- ❖ یک عدد پوشه سبزرنگ (توجه: نام و نام خانوادگی بر روی پوشه حتماً قید گردد).
- ❖ فیش واریزی به مبلغ ۷۰۰.۰۰۰ ریال به شماره حساب ۰۱۰۳۲۰۵۸۶۹۰۰۲ بانک ملی به نام فرهاد جابری
- تذکر: مبلغ پرداختی به هیچ وجه عودت داده نمیشود (لذا شرایط آگهی با دقت مطالعه گردد)
- ❖ فرم درخواست شغل از شرکت بهبود امداد (مندرج در صفحه پایانی آگهی)
- ❖ اصل و تصویر آخرین مدرک و مقطع تحصیلی مندرج در شرایط احراز شغل ذکر شده در آگهی
- ❖ اصل و تصویر گواهینامه کمک پرستاری یکساله

**تذکر مهم: تنها گواهینامه کمک پرستاری یکساله ای مورد تایید است که گواهینامه صادره دارای شماره مجوز/تفاهم نامه با معاونت پرستاری وزرات بهداشت درمان و آموزش پزشکی باشد.**

- ❖ تصویر و اصل کارت ملی
- ❖ تصویر و اصل کلیه صفحات شناسنامه داوطلب، همسر و فرزندان
- ❖ تصویر اصل کارت پایان خدمت نظام وظیفه عمومی یا معافیت دائم ویژه برادران

- ❖ مدارك دال بر ايثارگري ويژه داوطلبان ايثارگر
- ❖ مدارك دال بر بومي بودن ويژه متقاضيان استفاده از سهميه بومي (تكميل فرم مربوطه مندرج در صفحه آخر آگهي)
- ❖ يك قطعه عكس ۳×۴

- عكس ۳×۴ كه در سال جاري گرفته شده باشد. (عكس تمام رخ)
  - تصوير داوطلب بايد واضح ، مشخص و فاقد اثر مهر ، منگنه و هرگونه لكه باشد.
  - حتي الامكان عكس رنگي و داراي زمينه سفيد باشد.
- ❖ سياهه ريز بيمه ممهور به مهر سازمان تايمين اجتماعي بهمراه گواهي مدت كار كرد با ذكر تاريخ شروع و پايان از واحد محل خدمت، جهت استفاده از سنوات شركتي در خصوص موارد ارفاقي به سن
- ❖ در صورت نياز به مدارك ديگر متعاقبا نوع مدارك و نحوه ارسال اعلام خواهد شد.
- دقت: به مدارك ناقص و مداركي كه بعد از تاريخ (۱۴۰۱/۰۵/۱۳) ارائه گردد ترتيب اثر داده نخواهد شد.

### تذكرات:

- ۱- بديهي است پس از اتمام ثبت نام و ارسال مدارك ، تحت هيچ شرايطي ، اطلاعات وارد شده قابل تغيير نمي باشد.
- ۲- داوطلبين مي بايست چك ليست ارسال مدارك خود را از شركت تحويل نموده و تا پايان مراحل آزمون/مصاحبه نزد خود نگهداري كنند. عدم دريافت چك ليست ارسال مدارك به منزله عدم ثبت نام خواهد بود. ضمنا تحويل مدارك به منزله تايد مدارك نمي باشد.
- ۳- قرارداد افراد پذيرفته شده با شركتهاي پيمانكاري خواهد بود و هيچ گونه رابطه استخدامي با دانشگاه علوم پزشكي اراك نخواهند داشت.
- ۴- باتوجه به اين كه ملاك ثبت نام از متقاضيان تكميل برگ درخواست شغل مي باشد ، لازم است در تكميل آن نهايت دقت را به عمل آورده و هيچگونه اصلاحاتي پس از ثبت نام قابل پذيرش نخواهد بود.
- ۵- انعقاد قرارداد شركت با پذيرفته شدگان بصورت موقت مي باشد و در صورت رضائت از نحوه خدمتي و نياز ، قرارداد تمديد خواهد شد.
- ۶- هرگونه اطلاع رساني در خصوص زمان و نحوه برگزاري آزمون/مصاحبه از طريق سايت شركت يا تماس تلفني از طريق شركت خواهد بود.

- ۷- عواقب ناشی از عدم اطلاع در خصوص زمان شرکت در آزمون/مصاحبه و یا مراجعه جهت تشکیل پرونده و آزمون/مصاحبه بعهدہ داوطلب خواهد بود.
- ۸- در صورت انصراف یا عدم شروع بکار پس از صدور ابلاغ امکان بازگشت به کار وجود ندارد.
- ۹- در صورت تغییر آدرس یا شماره تلفن افراد موظفند حداکثر ظرف ۷۲ ساعت درخواست خود را مبنی بر تغییر آدرس و تلفن ارائه نمایند. ضمناً در صورت عدم پاسخگویی به تلفن نیز عواقب ناشی از آن بعهدہ داوطلب خواهد بود.
- ۱۰- عدم مراجعه داوطلب در زمان مقرر برای بررسی مدارک و یا مصاحبه و غیره، به منزله انصراف از ادامه روند بکارگیری میباشد و داوطلب حق هیچگونه اعتراضی نخواهد داشت.
- ۱۱- مراحل بکارگیری متقاضیان پس از اعلام نتیجه نهایی مشروط به انجام آزمایشات، اخذ تائیدیه تحصیلی، ارائه گواهی عدم سوء پیشینه و تائیدیه مدیریت گزینش میباشد.
- ۱۲- بکارگیری پذیرفته شدگان در آزمون/مصاحبه که مراحل قانونی را طی نموده باشند، منوط به تأیید توانمندیهای جسمی، روانی، ذهنی و حرکتی افراد توسط واحد طب کار مورد تأیید موسسه و یا کمیسیون پزشکی طبق شیوه نامه مربوطه است.

برگ درخواست شغل از شرکت بهبود امداد

این فرم می بایست توسط شخص متقاضی تکمیل گردد. در غیر این صورت عواقب ناشی از این مسئله به عهده متقاضی خواهد بود.

۱- 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- شماره ملی :	
۹- محل صدور شناسنامه :			
۱۰- دین :		۱۱- وضعیت تأهل : متأهل <input type="checkbox"/> ۲- مجرد <input type="checkbox"/> ۱۲- تعداد فرزندان.....	
۱۳- وضعیت بومی : بومی شهرستان <input type="checkbox"/> غیر بومی <input type="checkbox"/>		۱۴- آخرین مدرک تحصیلی :	
۱۵- رشته تحصیلی :		۱۶- گرایش تحصیلی : معدل :	
۱۷- محل اخذ مدرک تحصیلی :		۱۸- استان محل تحصیل :	
۱۹- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی : / / ۱۳			
۲۰- شغل مورد درخواست :		۲۱- محل جغرافیایی مورد تقاضا :	
۲۲- نشانی کامل : محل سکونت : استان ..... شهرستان ..... خیابان ..... کوچه ..... پلاک ..... کدپستی ..... شماره تلفن ثابت ..... کد شهر ..... شماره تلفن همراه .....			
۲۳- شماره تلفن برای تماس ضروری :			
۲۴- اینجانب ..... متقاضی شرکت در آزمون بکارگیری نیروی شرکتی شرکت بهبود امداد متن آگهی مربوطه را با دقت و به طور کامل مطالعه و سپس تقاضای فوق را (شخصاً) 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 شرکت از خود سلب می نمایم.			
۲۵- تاریخ تنظیم فرم :		امضاء و اثر انگشت متقاضی	

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

**با تشکر**

اینجانبان امضاء کنندگان ذیل گواهی مینماییم که نامبرده بالا در حال حاضر در بخش ..... شهرستان ..... ساکن بوده و مدت ..... سال ..... ماه نیز در این شهرستان سکونت داشته است.

اینجانب ..... به کد ملی ..... صحت مراتب فوق را گواهی مینمایم. امضاء و اثر انگشت

اینجانب ..... به کد ملی ..... صحت مراتب فوق را گواهی مینمایم. امضاء و اثر انگشت

اینجانب ..... به کد ملی ..... صحت مراتب فوق را گواهی مینمایم. امضاء و اثر انگشت

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

موارد فوق مورد تایید این ..... میباشد.

**محل مهر - امضاء**

**پاسگاه یا کلانتری محل**

تذکرات مهم:

1- تکمیل این فرم برای تمامی داوطلبان بومی شهرستان که متقاضی استفاده از اولویت آزمون به لحاظ ساکن بودن با سابقه حداقل ده سال سکونت میباشند، الزامی است.

2- داوطلبان بومی شهرستانی 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 میتوانند از آن برای احراز تمام و یا قسمتی از سوابق ده سال سکونت در شهرستان مورد تقاضا بهره‌مند گردند و تکمیل این فرم برای احراز سکونت فعلی آنان در شهرستان مورد نظر، الزامی میباشد.

3- چنانچه متقاضی برای تایید سابقه حداقل ده سال سکونت خود در شهرستان مرود تقاضا، در بیش از یک بخش از شهرستان مربوطه سکونت داشته باشد، میتواند از یک نسخه دیگر از این فرم نیز برای این منظور استفاده کند.

4- این فرم صرفاً جهت بهره‌مندی داوطلبان متقاضی استفاده از اولویت بومی شهرستانی (به جز مراکز استانها) در آزمون می باشد