**مدارک موردنیاز:**

1. **تکمیل برگ درخواست شغل**
2. **تصویر مدارک تحصیلی**
3. **تصویر تمام صفحات شناسنامه**
4. **تصویر کارت ملی (دو طرف)**
5. **تصویر مدارک مبنی بر ایثارگری**
6. **تصویر مدارک مبنی بر بومی بودن**
7. **رسید بانکی مبنی بر پرداخت مبلغ 3680000 ریال به:**

 **شماره حساب 4001083103021983**

**شماره شبا 570100004001083103021983IR**

**و شناسه 302083161124400900304755000000**

**در وجه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان**

**به‌عنوان حق شرکت در آزمون (ترجیحا پرداخت در بانک های ملی، کشاورزی، مسکن، پست بانک)**

**شرایط عمومی:**

1. **داشتن تابعیت ایران**
2. **عدم اعتیاد به دخانیات و مواد مخدر و روانگردان**
3. **نداشتن سابقه محکومیت جزایی مؤثر**
4. **اعتقاد به دین مبین اسلام یا یکی از ادیان شناخته شده در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران**
5. **التزام به قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران**
6. **داشتن سلامت جسمانی و روانی و توانایی برای انجام کاری که برای آن به کارگیری می شوند**
7. **متقاضیان نباید متعهد خدمت به دستگاهها و نهادهای انقلاب اسلامی و مستخدم رسمی ثابت و پیمانی و یا بازخرید شده سایر دستگاههای دولتی باشند.(قابل ذکر است نیروهای طرف قراردادپزشک خانواده ویاشرکتی شاغل ، درصورت تمایل به شرکت درآزمون باید انصراف خود رابه همراه مدارک ارسالی تحویل داده باشند.)**
8. **متقاضیان نباید از افرادی باشند که به موجب آراء مراجع قضایی و ذی صلاح از خدمت دولت منع شده باشند.**
9. **عدم سابقه اخراج از سایر واحدهای تابعه دانشگاه**

**شرایط اختصاصی:**

1. **متقاضیان بومی در صورتی که حداقل یکی از ویژگی­های زیر را دارا باشند بومی تلقی می شوند:**

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

**ب- سکونت فعلی در منطقه مورد نظر حداقل به مدت ده سال تا تاریخ انتشار آگهی با ارائه مدارک استشهاد محلی (فرم پیوست) ممهور به مهر نیروی انتظامی (پاسگاه یا کلانتری محل) احراز گردد. شایان ذکر است داشتن سوابق تحصیلی در مقاطع ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان در شهرستان مورد تقاضا با تایید اداره آموزش و پروش شهرستان مربوطه می تواند به عنوان تمام یا قسمتی از سابقه ده سال سکونت ملاک عمل قرارگیرد.**

1. **داشتن سن حداقل 20 سال تمام و حداکثر 40 سال تمام تا اولین روز ثبت نام**
2. **موارد زیر به شرط ارائه تأییدیه های معتبر به حداکثر سن تا سقف 15 سال اضافه خواهد شد:**

**الف- جانبازان، آزادگان، فرزندان جانبازان 25درصد و بالاتر، فرزندان آزادگان یک سال اسارت و بالاتر از شرط حداکثر سن معاف می باشند.**

**ب- ایثارگران 5 درصد، همسرشهدا، همسرجانباز 25 درصد و همسر آزاده، پدر، مادر، خواهر و برادرشهید به میزان 5 سال**

**ج- متقاضیانی که در جبهه ها به طور متقاضیانه خدمت نموده اند به میزان حضور در جبهه و همچنین مدت زمان بستری شدن و یا استراحت پزشکی رزمندگان متقاضی در اثر مجروحیت در جبهه ها**

**د- لیست سوابق بیمه دولتی در منطقه مورد نظر ممهور به مهر سازمان تأمین اجتماعی**

**و- به استناد بند الف ماده 15 قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب 19/8/1400 مجلس شورای اسلامی به ازاء تاهل یکسال و هر فرزند یک­سال (تا حداکثر 5 سال) به سقف محدودیت سنی اضافه می شود.**

1. **متقاضیان این شغل می بایست دارای یکی از مدارک زیر باشند:**

**الف: تکنسین سلامت دهان**

**ب: دارندگان مدرک تحصیلی دیپلم مشروط به ارائه گواهی معتبر دوره دستیاری و یا کمک پرستار دندانپزشکی و یا گواهی سابقه تجربی کار در مطب یا کلینیک دندانپزشکی حداقل به مدت 6ماه با تایید معاونت بهداشتی**

**5) دارا بودن کارت پایان خدمت یا معافیت از خدمت برای متقاضیان مرد**

**6) افراد دارای شرایط ایثارگری برطبق قوانین و مقررات مربوطه در اولویت می باشند.**

**تذکرات مهم:**

1. **مسئولیت ناشی از عدم رعایت دقیق ضوابط و شرایط اعلام شده در متن آگهی و یا ارائه مدارک به صورت ناقص در زمان تعیین شده و یا هر گونه مغایرت بین اطلاعاتی که متقاضی در زمان تکمیل فرم درخواست شغل و ارائه مدارک اعلام می نماید، بر عهده متقاضی خواهد بود و هیچ گونه حقی و امتیازی برای متقاضی ایجاد نخواهد کرد و در هر مرحله از فرآیند به کارگیری (اعلام نتایج اولیه، مصاحبه، گزینش و حتی در صورت پذیرش نهایی و یا صدور حکم استخدامی) امتیاز یا اولویت مربوطه از متقاضی سلب و حق هیچ گونه اعتراضی ندارد.**
2. **به کارگیری نیرو جهت پوشش وظایف دستیار دهان ودندان صرفاً در شهرستان های مورد تقاضا (مراکز خدمات جامع سلامت روستایی و شهرهای زیر 20 هزار نفر) می باشد. هیچ گونه تبدیل وضعیتی برای این نیروها وجود نخواهد داشت.**

**داوطلبین واجد شرایط مدارک مورد نیاز را تا تاریخ 16/11/1403 به واحد گسترش شبکه بهداشت و درمان شهرستان شاهین شهر واقع در خیابان امام خمینی-جنب خیابان بسیج تحویل دهند.**

**تلفن شبکه بهداشت شاهین شهر ومیمه : 03145224923**