



به اطلاع کلیه داوطلبان شرکت کننده در آزمون **استخدام پیمانی غیربهورزی** مورخ ۱۴۰۲/۰۲/۱۴ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام می‌رساند که اسامی و مشخصات افرادی که بر اساس نمره کتبی و اطلاعات خوداظهاری جهت بررسی مدارک واجد شرایط تشخیص داده شده‌اند طبق لیست پیوست اعلام می‌گردند. این افراد لازم است از تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۰۷ لغایت ۱۴۰۲/۰۳/۱۳ نسبت به تهیه مدارک زیر اقدام و به صورت حضوری به اداره برنامه ریزی، تامین و توزیع نیروی انسانی (آقای ایرج نصرالهی) تحویل نمایند. بدیهی است لیست فوق به منزله قبولی نهایی نمی‌باشد و کارنامه نهایی پس از دریافت و بررسی مدارک و راستی آزمایی اطلاعات خوداظهاری صادر می‌گردد.

مدارک مورد نیاز

- ۱- تصویر تمام صفحات شناسنامه داوطلب
- ۲- تصویر تمام صفحات شناسنامه همسر (در صورت متاهل بودن)
- ۳- تصویر تمام صفحات شناسنامه فرزندان (در صورت دارا بودن فرزند)
- ۴- تصویر کارت ملی (پشت و رو)
- ۵- دو قطعه عکس تمام رخ ۳*۴ که در سال جاری گرفته شده باشد
- ۶- تصویر مدرک تحصیلی

نکته: داوطلبان رشته های شغلی بهداشتی و درمانی که در شرایط احراز تحصیلی شغل آنها مدرک تحصیلی فوق لیسانس یا دکتری مشروط به داشتن مدرک تحصیلی کارشناسی یا کارشناسی ارشد مرتبط با همان رشته ذکر شده است، لازم است علاوه بر مدرک آخرین مقطع، گواهی مربوط به مقاطع تحصیلی قبلی خود را نیز حسب مورد برابر مفاد آگهی ارائه نمایند.

- ۷- تصویر گواهی وضعیت طرح نیروی انسانی جهت رشته های مشمول طرح اجباری (پایان طرح، معافیت از طرح، گواهی اشتغال به طرح و یا گواهی انصراف از طرح حسب مورد برابر مفاد آگهی)
- ۸- تصویر گواهی مربوط به سهمیه انتخابی (ایثارگری، معلولیت و ...)
- ۹- تصویر کارت پایان خدمت نظام وظیفه عمومی و یا معافیت دائم (ویژه آقایان)
- ۱۰- تصویر اولین قرارداد مربوط به کارکنان قراردادی (جهت افزایش سقف حداکثر سن)
- ۱۱- تصویر آخرین قرارداد مربوط به کارکنان قراردادی (جهت افزایش سقف حداکثر سن)
- ۱۲- تصویر فرم خلاصه پرونده پرسنلی (فرم ۵۰۲) کارکنان قراردادی دارای مهر و امضاء بالاترین مقام واحد مربوطه (جهت افزایش سقف حداکثر سن)
- ۱۳- تصویر گواهی اشتغال برای نیروهای شرکتی (جهت افزایش سقف حداکثر سن)



۱۴- تصویر گواهی ریز سوابق بیمه برای نیروهای شرکتی با مهر و امضاء تامین اجتماعی (جهت افزایش سقف حداکثر سن)

۱۵- تصویر گواهی سابقه قراردادی یا شرکتی در موسسات تابعه وزارت بهداشت و یا شرکتهای پیمانکاری طرف قرارداد آنها (جهت افزایش سقف حداکثر سن)

۱۶- تصویر گواهی ریز سوابق بیمه با مهر و امضاء تامین اجتماعی برای کارکنان قراردادی و شرکتی که در گذشته با موسسات تابعه وزارت بهداشت و یا شرکتهای پیمانکاری طرف قرارداد آنها همکاری داشته اند (جهت افزایش سقف حداکثر سن)

۱۷- اصل فرم تکمیل شده استشهاد محلی برای داوطلبان بومی شهرستان که متقاضی استفاده از اولویت استخدام به لحاظ ساکن بودن با سابقه حداقل ده سال سکونت میباشند

۱۸- اصل فرم تکمیل شده تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه فعالیت در زمینه مقابله با کرونا.