大关县公开选调昭阳区靖安安置区

医务人员公告

（第一号）

根据《昭通市易地扶贫搬迁工作指挥部关于做好跨县区易地扶贫搬迁有关工作的通知》精神和中共昭通市委机构编制委员会关于印发《昭阳区靖安安置区鲁甸县卯家湾安置区机构设置编制调配方案》（昭市编〔2019〕50号）文件精神，经县委政府研究决定，现将大关县公开选调昭阳区靖安安置区医务人员相关事宜公告如下：

一、选调原则

（一）坚持公正、公开、公平、择优的原则。

（二）坚持德才兼备、以德为先、注重实绩的原则。

（三）坚持“编随事走、人随编走”原则。

（四）坚持接受纪委监委、社会监督的原则。

（五）坚持回避的原则。

二、选调条件、对象、范围及岗位设置

（一）选调条件。

1.拥护中国共产党的领导，爱岗敬业、遵纪守法、服从安排。

2.具有良好的政治品质和职业道德，品行端正，实绩突出，群众公认。

3.具有选调岗位要求的学历、工作能力、任职经历和资格条件。

4.身体健康，能胜任医务工作。

5.2017年6月31日（含31日）前录（聘）用到乡镇卫生院工作且在职在编的医务人员。

6.年龄要求：副高职称为45周岁以下，中职及以下职称为40周岁以下。年龄计算截止时间为2020年6月31日。

7.每名报考人员对照可选报的公开选调岗位，只能报考一个岗位，岗位一经确定，不得更改。

**有下列情况之一者不得参加选调：**

1.受党纪政务处分、问责等还在影响期内或被纪检、监察机关等部门立案审查尚未作出结论的；

2.新录（聘）用到乡镇工作未满3年或有其他服务年限限制性规定的，如全科医生、订单定向免费医学生、优秀紧缺人员等未满最低服务年限和单位送出正在培训期间或进修培训期已满但按照协议对本单位服务期未满等情形的人员不在本次选调范围；

3.县直医疗卫生机构（县人民医院、县中医医院、县妇幼保健计划生育服务中心、县防艾中心、县疾控中心）的医务人员；

4.凡在一年内请病假累计超过30个工作日或请事假累计超过15个工作日的；

5.不能提供近三年年度考核结果或者近三年内考核结果出现“不合格”等次的；

6.护理类专业和药学类专业不在此次选调范围；

7.发布公告之日前不在大关县卫健系统工作的；

8.其他不符合本次选调要求的。

（二）选调对象及范围。

新录（聘）用到乡镇卫生院工作满3年（含试用期）及以上，最低服务年限从新录（聘）用为在职在编人员之日起计算，且取得相应执业资格的在职在编卫生专业技术人员。

1.报考临床（1）岗位。应具备专科及以上学历且取得执业医师及以上资格，工作三年以上，且近三年年度考核结果均为合格及以上等次(试用期考核结果为“只写评语不定等次”的视为合格），所学专业为临床医学类、中西医结合类、中医学类。

2.报考临床（2）岗位。应具备专科及以上学历且取得执业助理医师及以上资格，工作三年以上，且近三年年度考核结果均为合格及以上等次(试用期考核结果为“只写评语不定等次”的视为合格），所学专业为临床医学类、中西医结合类、中医学类。

3.报考其他专业技术岗位。应具备专科及以上学历且取得初级士及以上资格，工作三年以上，且近三年年度考核结果均为合格及以上等次(试用期考核结果为“只写评语不定等次”的视为合格），所学专业为医学技术类。

（三）岗位设置。

本次共选调医务人员17名（详见附件1）。

三、选调程序

（一）报名。

1．报名方式。实行现场报名，岗位专业要求以附件6《2019年云南省公务员录用考试专业目录》为准，此次公开选调每个岗位开考不受报名人数比例限制。

2．报名时间。2020年7月13日至14日。上午：8:30-11:30，下午14:30-17:30。

3.报名地点。大关县卫健局科教人事股。联系人：周飞，联系电话：3184184、15087773535。

4.报名程序。报名人员必须在规定时限内携带本人近期免冠红底照片2张，第二代身份证、户口簿、毕业证、资格证（验原件、交复印件各1份），同时提交昭阳区靖安安置区选调大关县卫生专业技术人员报名表、同意选调证明、工作经历证明（需院长签字加盖单位公章）、诚信承诺书（见附件2至5）原件各一式三份，经单位签字盖章确认的近三年考核表复印件各一式三份。

（二）资格审核。

具备岗位所需的学历水平、专业知识和资格条件。资格审查贯穿公开选调工作全过程，任何环节发现资格条件不符合者，取消此次公开选调资格。

（三）考试相关事宜。

1.考试内容。本次考试不指定考试指导用书，笔试总分为100分，主要测试参加公开选调人员的思想政治、政策法规和医学基础知识等。

2.考试时间及地点。

**考试时间**：以准考证上时间为准。考生于2020年7月16日8:30—11:30携带本人身份证到县卫生健康局科教人事股领取准考证。

**考试地点**：大关县卫生健康局五楼会议室。

3.笔试成绩。笔试成绩在大关人社微信公众号、大关卫生健康微信公众号进行公布，并同步在县卫健局公示栏内张贴公布，不再另行通知。

（四）人选确定。

1.笔试成绩即为本次公开选调最终成绩，以最终成绩按岗位需求数1:1从高到低确定拟选调人员。

2.拟选调人选出现因考生个人原因放弃或资格审查不通过的，按该岗位笔试成绩由高到低进行递补。

3.拟选调人选确定过程中，如某岗位最末一位拟选调人选出现笔试成绩并列的，依次按下列优先原则确定拟选调人选：

① 夫妻两地分居的（指配偶属昭阳区区域内机关事业单位正式职工或配偶属昭阳区户籍）；

② 原户籍在昭阳区的；

③ 现户籍在昭阳区的；

④ 如①②③均相同的，以职称高的优先；

⑤ 如①②③④均相同的，以履现职年限长的优先；

⑥ 如①②③④⑤均相同的，由县卫生健康局开展量化考核打分，分数高者优先。

4.根据笔试成绩初步确定拟选调人选后，书面征求县纪委监委、公安、原单位和主管部门意见。若出现征求意见不合格人员，参照“（四）人选确定”中要求进行递补。

（五）公示。

对征求县纪委监委、公安、原单位和主管部门无异议的拟选调人员在大关人社微信公众号、大关卫生健康微信公众号进行公示，并同步在县卫健局公示栏内张贴公示，公示期为五个工作日。如公示期内对被公示人有异议，可通过来电方式反映情况。

监督电话：县纪委监委驻县交通局纪检监察组3046518；县卫健局政策法规股13887000880。

（六）体检。

拟选调人选公示期结束后，组织公示无异议人员按《公务员录用体检通用标准（试行）》标准进行体检。若出现体检不合格人员，参照“（四）人选确定”中要求进行递补。

（七）手续办理。

选调人员确定后，按规定办理相关手续。

四、纪律要求

（一）公开选调工作在县领导组的领导下，由县卫健局牵头，县人社局指导，县直相关部门协同配合下组织实施，接受县纪委监委、人大代表、政协委员和社会各界的监督，对弄虚作假、徇私舞弊者将严肃查处，凡不符合规定要求的一律不予办理。

（二）公开选调工作接受纪检监察机关和社会各界的监督，做到信息公开、过程公开、结果公开，确保公平竞争、择优选用。

（三）报名参加公开选调的人员有伪造、涂改证件、提供虚假证明或在公开选调过程中有弄虚作假、作弊行为、违纪行为的一律取消此次选调资格，三年内不允许参加市级以上的公开选调和遴选；情节严重的按照有关规定移交相关部门处理。

（四）拟选调人员名单确定后，不得放弃选调资格，在报到日期前无故不到调入地报到或私自返回原单位工作，由县卫健局按人事管理纪律规定进行严肃处理。

（五）报名参加选调人员应保持报名时登记的联系电话畅通，若因报名参加选调人员联系电话不畅通而造成未参加选调程序的，由参加选调人员本人负责。

（六）参加公开选调的工作人员，应严格遵守工作纪律，依法办事，公道正派，保守秘密。选调工作组人员与报名申请选调人员有夫妻关系、直属血亲关系、三代以内旁系血亲和近姻亲关系的及其它应回避情形的，工作人员应回避；申请选调人员与工作人员有利害冲突的，由申请选调人员提出回避要求，经当场查证属实后工作人员应回避。违反工作纪律的，按有关规定严肃处理。

本公告由公开选调工作领导组办公室负责解释。未尽事宜，另行研究决定。

附件：

1.昭阳区靖安安置区选调大关县卫生技术人员简章

2.昭阳区靖安安置区选调大关县卫生专业技术人员报名表

3.昭阳区靖安安置区选调大关县卫生专业技术人员同意选调证明

4.昭阳区靖安安置区选调大关县卫生专业技术人员工作经历证明

5.昭阳区靖安安置区选调大关县卫生专业技术人员报名诚信承诺书

6.2019年云南省公务员录用考试专业目录

大关县公开选调昭阳区靖安安置区医务人员领导组办公室

2020年7月10日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1： | | | | | | | | | | | | |
| 昭阳区靖安安置区选调大关县卫生技术人员简章 | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 选调  单位 | 单位 性质 | 岗位  名称 | 岗位工  作简介 | 岗位编码 | 学历  性质 | 学历 | 年龄 | 专业需求 | 岗位需  求人数 | 其他 条件 | 备注 |
|
|
| 1 | 靖安安  置区 | 事业  单位 | 临床（1） | 临床诊疗 | 2020ws001 | 不限 | 专科及以上 | 副高为45周岁以下，中职及以下为40周岁以下。 | 临床医学类、  中西医结合  类、中医学类 | 3 | 取得执业医师及以上资格，工作三年以上，且近三年年度考核结果均为合格及以上等次(试用期考核结果为“只写评语不定等次”的视为合格） | 专业需求只限到二级目录 |
| 2 | 靖安安  置区 | 事业  单位 | 临床（2） | 临床诊疗 | 2020ws002 | 不限 | 专科及以上 | 副高为45周岁以下，中职及以下为40周岁以下。 | 临床医学类、中西医结合类、中医学类 | 7 | 取得执业助理医师及以上资格，工作三年以上，且近三年年度考核结果均为合格及以上等次(试用期考核结果为“只写评语不定等次”的视为合格） | 专业需求只限到二级目录 |
| 3 | 靖安安  置区 | 事业  单位 | 其他专业技术 | 从事相关卫生专业技术工作 | 2020ws003 | 不限 | 专科及以上 | 副高为45周岁以下，中职及以下为40周岁以下。 | 医学技术类 | 7 | 取得相对应初级士及以上资格，工作三年以上，且近三年年度考核结果均为合格及以上等次(试用期考核结果为“只写评语不定等次”的视为合格 | 专业需求只限到二级目录 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 昭阳区靖安安置区选调大关县卫生专业技术人员报名表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （请用正楷字填写，本表涂改无效，本表可打印、复印使用） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人郑重承诺：保证以下所填资料真实、准确，承担因信息填写错误导致的一切后果。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | | |  | | | | | | | 性 别 | | | | | | |  | | | | 民 族 | | | |  | | | 政治  面貌 | | |  | | | | 相片 （红底小一寸） | | | | | | |
| 出生年月 | | | 年 月 | | | | | | | 最高学历 | | | | | | |  | | | | | | 所学专业 | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| 身份证号 | | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  | |  | 邮 编 | | | | |  |  |  | |  |  |  | |
| 全日制毕业学校及专业 | | |  | | | | | | | 毕业时间 | | | | | | |  | | | | | | | | 毕业证号码 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 在职毕业学校及专业 | | |  | | | | | | | 毕业时间 | | | | | | |  | | | | | | | | 毕业证号码 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 籍贯 | | |  | | | | | | | 参加工作时间 | | | | | | | 年 月 | | | | | | | | 联系 电话 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 现工作单位 | | |  | | | | | | | | | | | | | | 现专业技术职务职称证编号 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 现专业技术职务职称 | |  | | | | 现聘岗位 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | 聘用时间 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 通讯地址 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 拟选调岗位 | | | | | \_\_\_ \_\_\_\_安置区\_\_ \_\_\_\_岗位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 个人简历 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|
| 家庭主要成员简况 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|
|
| **以下内容由相关单位填写** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 报名人员单位意见：  审批领导：  (盖章)  年 月 日 | | | | | | | | | | | 县卫健局意见：  审批领导：  (盖章)  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | 县人社局意见：    审批领导：  (盖章)  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 附件3： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 昭阳区靖安安置区选调大关县卫生专业技术人员  同意公开选调证明 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 兹有本单位 同志，性别 ，现年 岁，身份证号 。经调查核实，该同志于 年 月 日到大关县 乡（镇）卫生院工作以来，一年内累计请病假最多为 个工作日、累计请事假最多为 个工作日。经院务管理会议于 年 月 日研究决定，同意该同志参加 （安置点及岗位名称）公开选调工作，保证其如被选调聘用后，将不会对本单位业务及脱贫攻坚工作造成不良影响，并配合安置区卫生院办理相关手续。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特此证明 | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | 院长签名（盖章）： | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | 2020年 月 | | | | | | | | | | | | | | | | 日 | | | |  | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件4 | | | | | | | | | | | |
| 昭阳区靖安安置区选调大关县卫生专业技术人员  工作经历证明 | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |
| 兹证明，本单位 同志，性别： ， | | | | | | | | | | | |
| 生于 年 月 日，身份证号： 。 | | | | | | | | | | | |
| 于 年 月 日至 年 月 日，在 （单位） （岗位）从事 工作，具有 系列 （正高、副高、中级、初级）职称。该同志历年考核为：  。） | | | | | | | | | | | |
| （填写2017年以来各年度考核等次，考核等次为：优秀、合格、基本合格、不合格及以上等次情况）。 | | | | | | | | | | | |
| 以上经历表明该同志具有 年以上工作经历。 | | | | | | | | | | | |
| 特此证明 | | | |  | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |
|  |  | 院长签名（盖章）：  2020年 月 日 | | | | |  | |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 附件5： | | | | | | | | | 昭阳区靖安安置区选调  大关县卫生专业技术人员报名诚信承诺书 | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | **我郑重承诺：** | | | | | | | | | 一、我已仔细阅读公告及相关文件，理解并认可其内容，遵守选调纪律，服从选调安排，并将按规定完成相关程序。 | | | | | | | | | 二、不舞弊也不协助他人舞弊。 | | | | | | | | | 三、我自 年 月 日到大关县 乡（镇）卫生院工作。 年以来，一年内累计请病假最多为 个工作日、累计请事假最多为 个工作日。  四、不弄虚作假、不隐瞒事实，真实、准确地填写及核对个人信息，提供真实有效的证明资料。 | | | | | | | | | 五、保证在选调及聘用期间联系方式畅通。 | | | | | | | | | 对违反以上承诺所造成的后果，本人自愿承担相应责任。 | | | | | | | | | 签名（手印）： | | | | | | | | | 日期：2020年 月 日 | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  |