|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **HALMASHAURI YA MANISPAA KIGAMBONI** |  |

**TANGAZO LA UCHAGUZI WA WAJUMBE WA BODI YA AFYA YA HALMASHAURI KAMATI ZA AFYA ZA VITUO VYA KUTOLEA HUDUMA ZA AFYA MANISPAA YA KIGAMBONI**

MKURUGENZI WA HALMASHAURI YA MANISPAA YA KIGAMBONI ANAWATANGAZIA WANANCHI WOTE WAKAZI WA WILAYA YA KIGAMBONI WENYE SIFA ZA KUWA WAJUMBE WA BODI NA KAMATI ZA AFYA ZA VITUO, KUWASILISHA MAOMBI YA KUWA WAJUMBE NGAZI ZITAKAZOKUWA KATIKA UCHAGUZI.

1. BODI YA MANISPAA YA KIGAMBONI
2. KAMATI YA HOSPITALI YA WILAYA KIGAMBONI NA VIJIBWENI
3. KAMATI ZA VITUO VYA AFYA
4. KAMATI ZA ZAHANATI

**KAMA ZINAVYOONYESHA KWENYE JEDWALI:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NA** | **JINA LA KITUO** | **NA** | **JINA LA KITUO** |
| **1.** | HOSPITALI YA WILAYA KIGAMBONI | **13** | ZAHANATI YA KISARAWE II |
| **2** | HOSPITALI YA VIJIBWENI | **14** | ZAHANATI YA NUNGE |
| **3** | KITUO CHA AFYA KIGAMBONI | **15** | ZAHANATI YA BUYUNI |
| **4** | KITUO CHA AFYA KIMBIJI | **16** | ZAHANATI YA KIGOGO |
| **5** | KITUO CHA AFYA KIBADA | **17** | ZAHANATI YA KIJAKA |
| **6** | KITUO CHA AFYA CHEKENIMWASONGA | **18** | ZAHANATI YA VUMILIA UKOONI |
| **7** | KITUO CHA AFYA KICHANGANI | **19** | ZAHANATI YA KIBUGUMO |
| **8** | KITUO CHA AFYA TUNDWI SONGANI | **20** | ZAHANATI YA MKAMBA |
| **9** | ZAHANATI YA PEMBAMNAZI | **21** | ZAHANATI YA MBUTU |
| **10** | ZAHANATI YA GEZAULOLE | **22** | ZAHANATI YA GOMVU |
| **11** | ZAHANATI YA MJIMWEMA | **23** | ZAHANATI YA MWONGOZO |
| **12** | ZAHANATI YA YALEYALE PUNA | **24** | ZAHANATI YA MAWENI |

**SIFA YA MWOMBAJI**

1. Awe ni raia wa Tanzania na mkazi wa Manispaa ya Kigamboni
2. Awe ni mtumiaji wa vituo vya kutolea huduma za Afya vilivyopo katika kata husika Manispaa ya Kigamboni.
3. Awe na umri wa Miaka 21 na kuendelea.
4. Awe na elimu ya sekondari au zaidi
5. Asiwe na wadhifa wowote katika chama chochote cha Siasa.
6. Asiwe mwajiriwa wa Halmashauri ya Manispaa ya Kigamboni.
7. Awe mwanachama hai wa Mfuko wa Afya ya Jamii (iCHF)
8. Awe tayari kujitolea

**MUHIMU**

Katika kila ngazi hapo juu muombaji waombe katika uwakilishi kutoka Makundi yafuatayo:-

* Mtumiaji wa huduma Kituo husika.
* Mwakilishi kutoka Asasi binafsi(NGOs, FBOs)
* Mwakilishi kutoka huduma za Afya binafsi

**Maombi yote yaambatishwe na sifa za mwombaji (wasifu) na nakala za vyeti.**

Watakao omba nafasi ya Wajumbe wa bodi Barua zao zitumwe kwa:-

**Mkurugenzi,**

**Halmashauri ya Manispaa ya Kigamboni,**

**S.L.P 36009,**

**DAR ES SALAAM.**

Watakao omba nafasi ya wajumbe wa kamati ya Hospitali, Kituo cha Afya Barua zao za maombi zitumwe kwa:-

**Mtendaji wa Kata husika,**

**Halmashauri ya Manispaa ya Kigamboni,**

**S.L.P 36009,**

**DAR ES SALAAM.**

Watakao omba nafasi ya wajumbe wa kamati ya Zahanati, Barua zao za maombi zitumwe kwa:-

**Mtendaji wa Kata husika,**

**Halmashauri ya Manispaa ya Kigamboni,**

**S.L.P 36009,**

**DAR ES SALAAM.**

**MWISHO WA KUTUMA MAOMBI HAYA NI TAREHE 30 APRIL, 2025**

KATETI S.H

**KAIMU MKURUGENZI WA MANISPAA KIGAMBONI**