

بسمه تعالی

«فرم استعلام محل سکونت جهت شرکت در آزمون استحضامی دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی تهران، زابل،

سمنان، ایرانشهر، اراک، علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، ارومیه، بجنورد، بیرجند، البرز و سازمان انتقال خون سال ۱۴۰۱»

اینجانب فرزند کد ملی از مطلعین و معتمدین محل تقاضا دارم که

شهرستان محل سکونت فعلی و مدت سکونت اینجانب را گواهی نمایند.

با تشکر

امضا و اثر انگشت

اینجانبان امضاء کنندگان ذیل گواهی می نمایم که نامبرده بالا در حال حاضر در بخش شهرستان ساکن

است و مدت سال ماه است که در این شهرستان سکونت داشته است.

اینجانب به کد ملی صحت مراتب فوق را گواهی می نمایم. امضا و اثر انگشت

اینجانب به کد ملی صحت مراتب فوق را گواهی می نمایم. امضا و اثر انگشت

اینجانب به کد ملی صحت مراتب فوق را گواهی می نمایم. امضا و اثر انگشت

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

موارد فوق مورد تایید این می باشد.

محل مهر- امضا

پاسگاه یا کلانتری محل

تذکرات مهم:

۱- تکمیل این فرم برای تمامی داوطلبان بومی شهرستان که متقاضی استفاده از اولویت استخدام به لحاظ ساکن بودن با سابقه حداقل ده سال سکونت می باشند الزامی است.

۲- 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 می توانند از آن برای احراز تمام و یا قسمتی از سوابق ده سال سکونت در شهرستان مورد تقاضا بهره مند گردند و تکمیل این فرم برای احراز سکونت فعلی آنان در شهرستان مورد نظر، الزامی می باشد.

۳- 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، می تواند از یک نسخه دیگر از این فرم نیز برای این منظور استفاده کند.

۴- این فرم صرفاً جهت بهره مندی داوطلبان متقاضی استفاده از اولویت بومی شهرستانی (به جز شهرستان تهران و مراکز استان ها) در آزمون استخدامی دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی تهران، زابل، سمنان، ایرانشهر، اراک، علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، ارومیه، بجنورد، بیرجند، البرز و سازمان انتقال خون سال ۱۴۰۱ می باشد.