محل الصاق عكس

فرم الف - برگ درخواست شغل بهورزي از دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني اراك

|  |  |
| --- | --- |
| **1- نام و نام خانوادگي:**  | **2- نام پدر:**  |
| **3- جنس: 1- مرد□ 2- زن□** | **4- وضعيت تاهل: 1- متاهل□ 2- مجرد □** |
| **5- تاريخ تولد : روز ........ ماه ........ سال ................** | **6- محل تولد : استان : شهرستان : بخش:**  |
| **7- شماره شناسنامه :**  | **8- كدملي :**  | **9- محل صدور شناسنامه :**  |
| **10- دين : مذهب:**  | **11- در صورت داشتن فرزند ، تعداد فرزند قید شود:...........** |
| **12- وضعيت نظام وظيفه : 1- داراي كارت پايان خدمت□ (مدت خدمت ضرورت: ماه ...... سال .........) 2- داراي معافيت قانوني دائم □** |
| **13- وضعيت ايثارگري :** **1- □ جانباز درصد جانبازي ................... درصد** **2- □ رزمنده مدت حضور در جبهه: ..............روز.................. ماه...............سال** **3- □ آزاده مدت اسارت : ............ روز ............ ماه ........... سال** **4- خانواده معظم : شهدا □ مفقودين □ جانبازان از كار افتاده كلي غير قادر به انجام كار□ اسراء□ نسبت ..........................****5- فرزند شهيد□ 6- فرزند جانباز 25درصد و بالاتر□ درصد جانبازي پدر .................. درصد**  |
| **14- ساير موارد : 1- سهميه آزاد□ 2- معلولين عادي □**  |
| **15- آخرين مدرك تحصيلي : ديپلم □ فوق دیپلم □ لیسانس □**  |
| **16- رشته تحصيلي :**  | **گرايش تحصيلي: معدل:** |
| **17- دانشگاه محل تحصيل:**  | **استان محل تحصيل:**  |
| **18- تاريخ اخذ آخرين مدرك تحصيلي:**  | **19- محل اخذ ديپلم:**  |
| **20- محل جغرافيايي شغل بهورزي مورد تقاضا (فقط روستايي انتخاب شود كه فرد متقاضي بومي آن روستا باشد.) ....................** |
| **21- نشاني كامل محل سكونت : استان ................ شهرستان ................... بخش.................. روستا .................. خيابان ......................****كوچه ......................................................... پلاك .................................. كدپستي ........................................................****شماره تلفن ثابت : شماره تلفن همراه :** |
| **22- شماره تلفن براي تماس ضروری : تلفن ثابت : تلفن همراه :** |
| **اينجانب ..................................................... متقاضي شركت در آزمون استخدامي دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني اراك متن آگهي مربوطه را با دقت و به طور كامل مطالعه و سپس تقاضاي فوق را تكميل نموده ام و مسئوليت صحت كليه مندرجات آن را به عهده مي گيرم. در صورت اثبات خلاف اظهارات اينجانب در هر مقطع زماني (قبل و بعد از اشتغال) هر گونه حقي را براي استخدام و ارائه خدمت در آن دستگاه از خود سلب مي نمايم.**  |
| **23- تاريخ تنظيم فرم : امضاء و اثر انگشت متقاضي** |