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** | | | | |