محل الصاق عکس

لطفاً یک قطعه عکس در کادر فوق بچسبانید

در این قسمت چیزی ننویسید

۱- نام خانوادگی:

۲- نام :

۳-کد ملی :

٤- شماره شناسنامه:

۵- تاریخ تولد :

۶- نام پدر: ۷- جنسیت : زن □ مرد □ ۸- محل تولد:

۹- وضعیت تأهل: مجرد□متأهل□

۱۰-وضعیت نظام وظیفه : پایان خدمت □ معاف دائم □ ۱۱- دین: اسلام □ مسیحی□ کلیمی□ زرتشتی□

۱۲- مذهب : شیعه □ اهل سنت □ ۱۳-مقاطع تحصیلی: دیپلم □ فوق دیپلم □ لیسانس□ فوق لیسانس □ دکتری□

۱٤- رشته و گرایش تحصیلی: ۱۵- معدل :

۱۶-تاریخ اخذ مدرک تحصیلی:

۱۷- وضعیت ایثارگری : جانباز □ آزاده □ رزمنده داوطلب □ خانواده شاهد□ فرزند شهید□

□ سایر موارد با قید توضیحات .....

۱۸-درصد جانبازی : ۱۹-مدت اسارت : ۲۰-مدت حضور داوطلبانه در جبهه : ۲۱-نسبت با خانواده شاهد:

۲۲-مدت انجام طرح لایحه نیروی انسانی در مورد پیراپزشکان: ۲۳-مدت انجام تعهدات قانونی در مورد پزشکان:

۲٤-مدت اشتغال در واحدهای تابعه سازمان: ۲۵- فرزند همکارشاغل سازمان میباشم □

۲۶- فرزند همکاربازنشسته سازمان میباشم □

۲۷-مدت خدمت نظام وظیفه:

۲۸-مشمول بند توضیحات تبصره ۱ شرایط اختصاصی □

۲۹-وضعیت بومی بودن : بومی استان □ غیربومی □ ۳۰-عنوان شغلی مورد تقاضا بر اساس فهرست آگهی:

۳۱-محل جغرافیایی خدمت مورد تقاضا :

۳۲-آدرس محل سکونت: استان: شهرستان : بخش: خیابان :

کوچه: پلاک: کدپستی:

۳۳-شماره تلفن همراه: ۳٤-شماره تلفن همراه یکی از بستگان :

۳۵-شماره تلفن ثابت: ۳۶-کد تلفن شهرستان:

۳۷-آدرس پست الکترونیکی(ایمیل):

اینجانب داوطلب شرکت در آزمون استخدامی مدیریت درمان استان ..... فرم تقاضای فوق را با مطالعه کامل و دقیق متن آگهی منتشره مورخ ..... به ویژه تذکرات و توضیحات مهم آن تکمیل نموده و علم و آگاهی دارم در صورتیکه متعاقباً خلاف اظهاراتم اثبات شود، ادامه مراحل همکاری اینجانب منتفی خواهد شد و بدینوسیله حق هر گونه اعتراض را از خود سلب می نمایم.

امضاء داوطلب: **تاریخ تکمیل فرم:**