|  |
| --- |
| محل الصاق عكس |

|  |
| --- |
|  |

در اين قسمت چيزي ننويسيد

برگ درخواست شغل از دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني قم

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1-نام خانوادگي: | | 2-نام: | |
| 3- نام پدر: | | 4- تاريخ تولد:روز –- ماه-- سال-- | |
| 5- محل تولد استان: | | 6-شهرستان : بخش: | |
| 7- شماره شناسنامه: | 8- كدملي: | | 9- محل صدور شناسنامه: |
| 10- دين: مذهب: | | 11- وضعيت تاهل: 1- متاهل□ 2- مجرد□ | |
| 12- وضعيت نظام وظيفه: 1- داراي كارت پايان خدمت□ 2- داراي معافيت قانوني دائم□ | | | |
| 13- وضعيت ايثارگري (مخصوص شخص داوطلب)  1- خانواده معظم :  شهدا□ مفقودين□ جانبازان از كار افتاده كلي غيرقادر به انجام كار□ اسرا□ نسبت-----  2- فرزند شهيد□  3- فرزند جانباز 50% درصد و بالاتر□ درصد جانبازي پدر---درصد | | | |
| 14- ساير موارد 1- معلولين عادي□ | | | |
| 15-آخرين مدرك تحصيلي: 16-دانشگاه محل تحصیل: | | | |
| 17-مدرک کارشناسی: | | 18-دانشگاه محل اخذ مدرک کارشناسی: | |
| 19- تاريخ اخذ آخرين مدرك تحصيلي: / / 13 | | | |
| 20- نشاني كامل:محل سكونت: استان------- شهرستان---------خيابان-----------كوچه------------------- پلاك------ كدپستي---------  شماره تلفن ثابت----------- كدشهر------- شماره تلفن همراه------------------ | | | |
| 21- شماره تلفن براي تماس ضروري: | | | |
| اينجانب -------------------- متقاضي شركت در آزمون استخدام پيماني دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني قم 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) هرگونه حقي را براي استخدام در آن دانشگاه از خود سلب مي نمايم. | | | |
| 22- تاريخ تنظيم فرم: امضا و اثر انگشت: | | | |