

برگ درخواست شغل از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود

محل التصاق عکس

۱- نام خانوادگی :		۲- نام :	
۳- نام پدر :		۴- جنس : ۱- مرد <input type="checkbox"/> ۲- زن <input type="checkbox"/>	
۵- تاریخ تولد : روز		ماه	سال
۶- محل تولد : استان :		شهرستان : بخش :	
۷- شماره شناسنامه :		۸- کد ملی :	۹- محل صدور شناسنامه :
۱۰- دین :		۱۱- وضعیت تأهل : ۱- متأهل <input type="checkbox"/> ۲- مجرد <input type="checkbox"/>	
۱۲- وضعیت نظام وظیفه :		۱- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> ۲- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/>	
۱۳- وضعیت ایثارگری :			
۱- <input type="checkbox"/> جانباز درصد جانبازی ..... درصد			
۲- <input type="checkbox"/> رزمنده ( به مدت ۹ ماه متوالی یا ۱۲ ماه متناوب ) مدت حضور در جبهه : روز ماه سال			
۳- <input type="checkbox"/> آزاده مدت اسارت : روز ماه سال			
۴- خانواده معظم : شهدا <input type="checkbox"/> مفقودین <input type="checkbox"/> جانبازان از کارافتاده کلی غیر قادر به انجام کار <input type="checkbox"/> اسراء <input type="checkbox"/> نسبت .....			
۵- فرزند شهید <input type="checkbox"/> ۶- فرزند جانباز ۲۵ درصد و بالاتر <input type="checkbox"/> درصد جانبازی پدر ..... درصد			
۱۴- سایر موارد ۱- سهمیه آزاد <input type="checkbox"/> ۲- معلولین عادی <input type="checkbox"/> ۳- افراد بومی <input type="checkbox"/> ۴- کارکنان قراردادی <input type="checkbox"/> (مدت سنوات قراردادی تاتاریخ انتشار آگهی .....روز.....ماه.....سال) ۵- مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان <input type="checkbox"/> (مدت خدمت .....روز.....ماه.....سال)			
۱۵- آخرین مدرک تحصیلی : دیپلم بهیاری <input type="checkbox"/> کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> دکترا <input type="checkbox"/>			
۱۶- رشته تحصیلی :		گرایش تحصیلی : معدل :	
۱۷- دانشگاه محل تحصیل :		استان محل تحصیل :	
۱۸- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی :		۱۹- محل اخذ دیپلم بهیاری .....	
۲۰- شغل مورد درخواست : ..... ( فقط یک شغل ) ۲۱- محل جغرافیایی مورد تقاضا ( فقط یک محل ) .....			
۲۲- محل جغرافیایی انجام طرح برای مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان که در حین انجام تعهدات قانونی هستند. محل خدمت .....			
۲۳- نشانی کامل : محل سکونت : استان ..... شهرستان ..... خیابان ..... کوچه ..... پلاک ..... کد پستی .....			
شماره تلفن ثابت ..... کد شهر ..... شماره تلفن همراه .....			
۲۴- شماره تلفن برای تماس ضروری :			
اینجانب ..... متقاضی شرکت در آزمون استخدام پیمانی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود متن آگهی مربوطه را با دقت و به طور کامل مطالعه و سپس تقاضای فوق را تکمیل نموده ام و مسئولیت صحت کلیه مندرجات آن را به عهده می گیرم . در صورت اثبات خلاف اظهارات اینجانب در هر مقطع زمانی ( قبل و بعد از اشتغال ) هر گونه حقی را برای استخدام در آن دستگاه از خود سلب می نمایم .			
۲۵- تاریخ تنظیم فرم :			