|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| برگ درخواست شغل بهورزي از دانشکده علوم پزشکی سراب | | | | |  | |
| **1- نام:** | | | **2- نام خانوادگي :** | | | |
| **3-نام پدر:** | | | **4- جنس:1- مرد □ 2- زن□** | | | |
| **5- تاريخ تولد:روز .............. ماه ................ سال...............** | | | **6- محل تولد: استان : .......................** | | | |
| **7- شماره شناسنامه:** | **8- كد ملي:** | | | **9-محل صدور شناسنامه:**  **شهرستان : .......................روستا : ....................................** | | |
| **10- دين: مذهب :** | | | **11- وضعيت تاهل:1- متاهل□ 2- مجرد□** | | | |
| **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(به مدت 9 ماه متوالي يا 12 ماه متناوب) 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 25 درصدو بالاتر□ درصد جانبازي پدر درصد** | | | | | | |
| **14- ساير موارد 1- سهميه آزاد□ 2- معلولين عادي□ 3- افراد بومي□**  **4- مشمولين خدمت پزشكان و پيراپزشكان□ (مدت خدمت ....روز ...ماه ... سال )** | | | | | | |
| **15- آخرين مدرك تحصيلي :ديپلم□ كارداني□ کارشناسی :□** | | | | | | |
| **16 رشته تحصيلي :** | | **گرايش تحصيلي : معدل :** | | | | |
| **17- دانشگاه محل تحصيل:** | | **استان محل تحصيل:** | | | | |
| **18- تاريخ اخذ آخرين مدرك تحصيلي :......./......./.......13** | | **19- محل اخذ ديپلم.............** | | | | **20-نوع دیپلم :** |
| **21- محل جغرافيايي شغل بهورزي مورد تقاضا (فقط روستايي انتخاب شود كه فرد متقاضي بومي آن روستا باشد)..............................** | | | | | | |
| **22- محل جغرافيايي انجام طرح براي مشمولين خدمت پزشكان و پيراپزشكان كه در حين انجام تعهدات قانوني هستند.محل خدمت ...........................** | | | | | | |
| **23- نشاني كامل:محل سكونت :شهرستان ...................... روستا ...............................................**  **شماره تلفن ثابت .....................................شماره تلفن همراه ................................** | | | | | | |
| **24- شماره تلفن براي تماس ضروري:** | | | | | | |
| **اينجانب ................................متقاضي شركت در آزمون پیمانی دانشکده علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني سراب متن آگهي را با دقت و به طور كامل مطالعه و سپس تقاضاي فوق را تكميل نموده ام و مسئوليت صحت كليه منـــــدرجات آن را به عهده مي گيـــــرم . در صورت اثبات خلاف اظهارات اينــــــجانب در هر مقطع زماني (قبل و بعد از اشتغال) هر گونه حقي را براي استخدام در آن دستگاه از خود سلب مي نمايم .** | | | | | | |
| **25- تاريخ تنظيم فرم: امضاء و اثر انگشت متقاضي** | | | | | | |