|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1-مشخصات فردی:** | | | | | | | | | |
| **3-نام پدر:** | | | **2-نام و نام خانوادگی:** | | | | | | **1-نام:** |
| **6-جنسیت:** | | **5-شماره ملی:** | | | | | | **4-شماره شناسنامه:** | |
| **9-وضعیت خدمت نظام وظیفه:پایان خدمت معاف سایر** | | | | | | **8-محل تولد:** | | | **7-تاریخ تولد:** |
| **10-نوع دیپلم:** | | | | | | | | | |
| **12-تعداد افراد تحت تکفل:** | | | | **11-وضعیت تاهل:مجرد متاهل** | | | | | |
| **15-شغل همسر:** | **14-تحصیلات همسر:** | | | | | | **13-نام و نام خانوادگی همسر:** | | |
| **16-نشانی کامل محل سکونت فعلی:** | | | | | | | | | |
| **18-تلفن همراه:** | | | | | **17-شماره تماس(ثابت):** | | | | |
| **19-شماره تماس در مواقع ضروری : نام و نام خانوادگی: نسبت با متقاضی:** | | | | | | | | | |
| **20-اینجانب.......................................................................مسئولیت ناشی از عدم رعایت دقیق ضوابط و شرایط اعلام شده در متن آگهی را پذیرفته وچنانچه در هر یک از مراحل پذیرش ،خلاف اطلاعات اعلام شده توسط اینجانب محرز شود،مراحل طی شده کان لم یکن تلقی و حتی در صورت شرکت در کلاسهای آموزشی ضمن قبول اخراج،متهد می گردم برابر تعهد اخذ شده موظف به پرداخت هزینه های مربوطه شوم و حتی در صورت لغو حکم استخدامی صادر شده،حق هر گونه اعتراضی را از خود سلب می نمایم.**  **تاریخ و امضاء:** | | | | | | | | | |
| **2-رضایت نامه سرپرست داوطلب:** | | | | | | | | | |
| **21-بدینوسیله اینجانب .........سرپرست/ولی/قیم خانم....................فرزند.........رضایت کامل خود را برای شرکت نامبرده در آموزش دوره بهورزی به عنوان بهورز برای خانه بهداشت...............اعلام می دارم.**  **تاریخ و امضاء:** | | | | | | | | | |
| **3-تائیدیه شورای اسلامی:** | | | | | | | | | |
| **22-بدینوسیله بومی بودن و سکونت خانم/آقای.............فرزند...............با کد ملی.................... از تاریخ..........لغایت..........در روستای (اصلی/قمر)به نام ............مورد تایید می باشد.**  **نام و نام خانوادگی: نام و نام خانوادگی: نام و نام خانوادگی:**  **شورای اسلامی روستا شورای اسلامی روستا رئیس شورای اسلامی روستا**  **امضاء امضاء امضاء** | | | | | | | | | |
| **4-تائیدیه خانه بهداشت،مرکز بهداشتی درمانی مربوطه:** | | | | | | | | | |
| **23-بدینوسیله سکونت خانم/آقای...........................فرزند..........................باکدملی.............................به شماره خانوار...............از تاریخ.... .............................. ............لغایت..........................در روستای(اصلی/قمر/همجوار)به نام ...................................................مورد تائید می باشد.**  **نام و نام خانوادگی: نام و نام خاونوادگی**  **بهورز خانه بهداشت روستای.. ....................... مسئول مرکز بهداشتی درمانی.....**  **مهر و امضاء مهر و امضاء** | | | | | | | | | |
| **5-تاییدیه تیم بررسی کنندگان:** | | | | | | | | | |
| **24-بدینوسیله سکونت خانم/آقای.................................فرزند.............................باکدملی............................یه شماره خانوار...........ار تاریخ........................لغایت**  **.....................................................در روستای (اصلی/قمر/همجوار)به نام..............................................مورد تائید می باشد.**  **نام و نام خانوادگی:...................................نام ونام خانوادگی.....................................نام ونام خانوادگی.....................**  **مسئول حراست شهرستان............ مسئول گسترش شهرستان................مدیر مرکز آموزش بهورزی.............**  **مهر و امضاء مهر و امضا مهر و امضا**  **نام و نام خانوادگی .............. نام ونام خانوادگی..............**  **نماینده بازرسی دانشگاه .......... رییس مرکز بهداشت...........**  **مهر و امضا مهر و امضا** | | | | | | | | | |