|  |
| --- |
| **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** |