

برگ درخواست شغل بهورزی از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سمنان

۱- نام خانوادگی:		۲- نام:	
۳- نام پدر:		۴- جنس: ۱- مرد ☐ ۲- زن ☐	
۵- تاریخ تولد: روز ماه سال		۶- محل تولد: استان: شهرستان: بخش: روستا:	
۷- شماره شناسنامه:		۸- کد ملی:	
۹- محل صدور شناسنامه:			
۱۰- دین:		۱۱- وضعیت تاهل: ۱- متاهل ☐ ۲- مجرد ☐	
۱۲- وضعیت نظام وظیفه: ۱- دارای کارت پایان خدمت ☐ (مدت خدمت ضرورت ماه سال) ۲- دارای معافیت قانونی دائم ☐			
۱۳- وضعیت ایثارگری:			
۱- جانباز ☐ درصد جانبازی درصد			
۲- ☐ رزمنده (به مدت ۹ ماه متوالی یا ۱۲ ماه متناوب) مدت حضور در جبهه: روز ماه سال			
۳- ☐ آزاده مدت اسارت: روز ماه سال			
۴- خانواده معظم: شهدا ☐ مفقودین ☐ جانبازان از کار افتاده کلی غیر قادر به انجام کار ☐ اسراء ☐ نسبت			
۵- فرزند شهید ☐ ۶- فرزند جانباز ۲۵ درصد و بالاتر ☐ درصد جانبازی پدر درصد			
۱۴- سایر موارد ۱- سهمیه آزاد ☐ ۲- معلولین عادی ☐ ۳- افراد بومی ☐ - مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان ☐ مدت خدمت ... روز ... ماه ... سال			
۱۵- آخرین مدرک تحصیلی: دیپلم ☐ کاردانی ☐			
۱۶- رشته تحصیلی:		گرایش تحصیلی: معدل:	
۱۷- دانشگاه محل تحصیل:		استان محل تحصیل:	
۱۸- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی: / / ۱۳		۱۹- محل اخذ دیپلم:	
۲۰- محل جغرافیایی شغل بهورزی مورد تقاضا (فقط روستایی انتخاب شود که فرد متقاضی بومی آن روستا باشد):			
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: بخش: روستا: خیابان: کوچه:			
پلاک: کدپستی: شماره تلفن ثابت: کد شهر: شماره تلفن همراه:			
۲۴- شماره تلفن برای تماس ضروری:			
اینجانب متقاضی شرکت در آزمون استخدام پیمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سمنان 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 میگیرم. در صورت اثبات خلاف اظهار اینجانب در هر مقطع زمانی (قبل و بعد از اشتغال) هرگونه حقی را برای استخدام در آن دستگاه از خود سلب می نمایم.			
۲۵- تاریخ تنظیم فرم:		امضا و اثر انگشت متقاضی	

