

**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 <input type="checkbox"/> ۲- زن <input type="checkbox"/>	
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: مذهب:	
۱۱- وضعیت تاهل: ۱- متاهل <input type="checkbox"/> ۲- مجرد <input type="checkbox"/>		۱۲- وضعیت نظام وظیفه: ۱- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> (مدت خدمت ضرورت ماه سال) ۲- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/>	
۱۳- وضعیت ایثارگری:			
۱- جانباز <input type="checkbox"/> درصد جانبازی .....درصد			
۲- رزمنده (به مدت ۹ ماه متوالی یا ۱۲ ماه متناوب) مدت حضور در جبهه: روز ماه سال			
۳- آزاده <input type="checkbox"/> مدت اسارت: روز ماه سال			
۴- خانواده معظم: شهدا <input type="checkbox"/> مفقودین <input type="checkbox"/> جانبازان از کار افتاده 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"/> - مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان <input type="checkbox"/> (مدت خدمت ...روز .....ماه... سال)			
۱۵- آخرین مدرک تحصیلی: دیپلم <input type="checkbox"/> کاردانی <input type="checkbox"/>			
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	

