

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

نام خانوادگی:		۱- نام خانوادگی:	
نام پدر:		۲- نام:	
۳- جنس: ۱- مرد <input type="checkbox"/> ۲- زن <input type="checkbox"/>		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- متأهل <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 ایشارگری:			
۱- جانیاز <input type="checkbox"/> درصد جانیازی 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: شهید <input type="checkbox"/> مفردین <input type="checkbox"/> جانیازان 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 جانیاز ۲۵ درصد و بالاتر <input type="checkbox"/> درصد جانیازی پدر درصد			
۱۴- سایر موارد ۱- سهمیه آزاد <input type="checkbox"/> ۲- معلولین عادی <input type="checkbox"/> ۳- افراد برمی <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"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> رشته تحصیلی			
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 (نقطه روستایی انتخاب شود که فرد متقاضی برمی آن روستا باشد):			
۲۱- محل جغرافیایی انجام طرح برای مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان که در حین انجام تعهدات قانونی هستند . محل خدمت			
۲۲- نشانی کامل: محل سکونت: استان شهرستان بخش روستا خیابان کوچه			
پلاک کدپستی شماره تلفن ثابت کد شهر شماره تلفن همراه			
۲۳- شماره تلفن برای تماس ضروری:			
اینجانب متقاضی شرکت در آزمون / پذیرش بهورزی 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	