

محل الصاق

عکس

در این قسمت چیزی ننویسید

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 :	
۷- شماره شناسنامه :		۸- شماره ملی:	
۹- محل صدور شناسنامه:			
۱۰- دین :		۱۱- وضعیت تأهل: متاهل <input type="checkbox"/> ۲- مجرد <input type="checkbox"/>	
۱۲- وضعیت نظام وظیفه :		۱- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> ۲- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/>	
۱۳- وضعیت ایثارگری :			
۱- <input type="checkbox"/> جانباز درصد جانبازی درصد			
۲- <input type="checkbox"/> رزمنده (برای حداقل ۶ ماه حضور داوطلبانه در جبهه) مدت حضور در جبهه : روز ماه سال			
۳- <input type="checkbox"/> آزاده مدت اسارت : روز ماه سال			
۴- فرزند و همسر شهداء: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
۵- فرزند و همسر جانبازان ۲۵٪ و بالاتر: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
۶- فرزند و همسر آزادگان بالای یکسال اسارت: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
۷- فرزند و همسر رزمنده دارای سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه در جبهه: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
۸- فرزند جانبازان زیر ۲۵٪ و آزادگان زیر یکسال اسارت : فرزند جانباز <input type="checkbox"/> فرزند آزاده <input type="checkbox"/>			
۹- خواهر و برادر شهدا: خواهر <input type="checkbox"/> برادر <input type="checkbox"/>			
۱۰- فرزند ایثارگر (شهید، جانباز بیست و پنج درصد (۲۵٪) و بالاتر، آزاده، اسیر و مفقودالثر) بازنشسته مراکز تابعه دانشگاه/دانشکده <input type="checkbox"/>			
۱۴- سایر موارد : ۱- سهمیه آزاد <input type="checkbox"/> ۲- معلولین عادی <input type="checkbox"/> ۳- افراد بومی محل مورد تقاضا <input type="checkbox"/> ۴- افراد بومی استان <input type="checkbox"/>			
۵- مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان <input type="checkbox"/> (مدت خدمت روز ماه سال) ۶- افراد غیر بومی <input type="checkbox"/> ۷- مشمولین خدمت پزشکان و پیراشکان که خدمت مازاد را اختیاری انجام می دهند <input type="checkbox"/>			
۸- افراد قراردادی یا غیررسمی (مدت خدمت روز ماه سال)			
۱۵- آخرین مدرک تحصیلی: دیپلم بهیاری <input type="checkbox"/> کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد <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 بهیاری :	
۲۰- شغل مورد درخواست :		(فقط یک شغل) ۲۱- محل جغرافیایی مورد تقاضا (فقط یک محل)	

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 خیابان

کوچه پلاک کد پستی شماره تلفن ثابت

کد شهر شماره تلفن همراه

۲۴- شماره تلفن برای تماس ضروری :

اینجانب متقاضی شرکت در آزمون پیمانی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی 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 می گیرم. در صورت اثبات خلاف اظهارات اینجانب در هر مقطع زمانی (قبل و بعد از اشتغال) هر گونه حقی را برای جذب در آن دستگاه از خود سلب می نمایم

امضاء و اثر انگشت متقاضی

۲۵- تاریخ تنظیم فرم :