

برگ درخواست شغل شرکتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر (اورژانس ۱۱۵)

محل الصاق

عکس

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:	
۸- نوع و شماره گواهینامه رانندگی:		۷- محل سکونت فعلی: شهرستان: بخش:	
۹- شماره ملی / شماره شناسنامه:		۱۰- محل صدور شناسنامه:	
۱۱- دین:		۱۲- وضعیت تأهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>	
۱۳- وضعیت نظام وظیفه: ۱- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> ۲- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/> ۳- دارای معافیت پزشکی <input type="checkbox"/> (نوع معافیت:)			
۱۴- وضعیت اینترگری:			
۱- جانباز <input type="checkbox"/> درصد جانبازی درصد			
۲- رزمنده <input type="checkbox"/> (برای حداقل ۶ ماه حضور داوطلبانه در جبهه) مدت حضور در جبهه: روز ماه سال			
۳- آزاد <input type="checkbox"/> مدت اسارت: روز ماه سال			
۴- فرزند و همسر شهداء: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
۵- فرزند و همسر جانبازان ۲۵٪/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 شهید: خواهر <input type="checkbox"/> برادر <input type="checkbox"/>			
۱۰- فرزند اینترگر (شهید، جانباز بیست و پنج درصد (۲۵٪) و بالاتر، آزاده، اسیر و مفقودالثر) <input type="checkbox"/>			
۱۵- سهمیه ها: ۱- سهمیه آزاد <input type="checkbox"/> ۲- افراد بومی شهرستان <input type="checkbox"/> ۳- افراد بومی استان <input type="checkbox"/> ۴- فرزند و همسر شهداء <input type="checkbox"/> ۵- فرزند و همسر جانباز بالای ۲۵٪ <input type="checkbox"/> ۶- فرزند و همسر جانباز زیر ۲۵٪ <input type="checkbox"/> فرزند رزمنده دارای سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه در جبهه <input type="checkbox"/>			
۱۶- آخرین مدرک تحصیلی:			
۱۷- رشته تحصیلی:		معدل:	
۱۸- استان محل تحصیل:			
۱۹- محل اخذ مدرک			
۲۰- تاریخ اخذ مدرک تحصیلی: / / ۱۳			
۲۱- شغل مورد درخواست:		۲۲- محل جغرافیایی مورد تقاضا: اولویت ۱: اولویت ۲: اولویت ۳:	
۲۳- نشانی کامل: محل سکونت: استان شهرستان خیابان کوچه پلاک کدپستی شماره تلفن ثابت کد شهر شماره تلفن همراه			
۲۴- شماره تلفن برای تماس ضروری:			
اینجانب متقاضی شرکت در آزمون شرکتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر (اورژانس ۱۱۵ استان بوشهر) 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 شرکت از خود سلب می نمایم.			
۲۵- تاریخ تنظیم فرم:		امضاء و اثر انگشت متقاضی	