**فرم اطلاعات فردی آزمون استخدام پیمانی آبان95 دانشکده علوم پزشکی وخدماتی بهداشتی درمانی لارستان**

محل الصاق عکس

|  |  |
| --- | --- |
| **1- نام خانوادگی :** | **2- نام :** |
| **3- نام پدر:** | **4- جنس : 1- مرد□ 2- زن□** |
| **5- تاریخ تولد : روز ماه سال**  | **6- محل تولد : استان : شهرستان : بخش :** |
| **7- شماره شناسنامه :** | **8- شماره ملی:**  | **9- محل صدورشناسنامه:** |
| **10- دین : مذهب :**  | **11-وضعیت تأهل: متأهل □ 2- مجرد□** |
| **12- وضعیت نظام وظیفه : 1- دارای کارت پایان خدمت □ 2- دارای معافیت قانونی دائم □** |
| **13- وضعیت ایثارگری :با توجه به ثبت نام اینترنتی در سامانه سازمان سنجش تکمیل نمایید.در صورتی که مشمول هرکدام ازبندها ی ذیل می گردید گواهی می بایستی بهمراه مدارک ارسال نمایید****1- □ جانباز درصد جانبازی .................. درصد** **2- □ رزمنده (برای حداقل 6 ماه حضور داوطلبانه درجبهه) مدت حضور درجبهه : روز ماه سال** **3- □ آزاده مدت اسارت : روز ماه سال** **4- فرزند وهمسر شهداء: فرزند □ همسر □** **5- فرزند وهمسر جانبازان 25%وبالاتر: فرزند □ همسر □** **6- فرزند وهمسر آزادگان بالای یکسال اسارت: فرزند □ همسر □** **7- فرزند وهمسر رزمنده دارای سابقه حداقل شش ماه حضورداوطلبانه درجبهه: فرزند □ همسر □** **8- فرزند جانبازان زیر25% وآزادگان زیر یکسال اسارت : فرزند جانباز □ فرزندآزاده □** **9- خواهروبرادر شهدا: خواهر □ برادر □** **10- فرزند ایثارگر(شهید، جانباز بیست و پنج درصد(25%) و بالاتر، آزاده، اسیر و مفقودالاثر) بازنشسته مراکز تابعه دانشگاه/دانشکده □** |
| **14- سایر موارد : 1- سهمیه آزاد □ 2- معلولین عادی □ 3- افراد بومی محل مورد تقاضا (شهرستان) □ 4- افراد بومی استان □** **5- مشمولین خدمت پزشکان وپیراپزشکان □ (مدت خدمت ...........روز .............ماه .............سال ) 6- افراد غیر بومی□ 7- مشمولين خدمت پزشكان و پيراشكان كه خدمت مازاد را اختياري انجام مي­دهند □** |
| **15- آخرین مدرک تحصیلی: دیپلم بهیاری □ کاردانی □ کارشناسی □ کارشناسی ارشد □ دکتری □** |
| **16- رشته تحصیلی :**  | **گرایش تحصیلی : معدل :** |
| **17- دانشگاه محل تحصیل :** | **استان محل تحصیل :** |
| **18- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی : / / 13**  | **19- محل اخذ دیپلم بهیاری :** |
| **20- شغل مورد درخواست (با توجه به کارنامه قبولی): فقط یک شغل**  | **21- محل جغرافیایی مورد تقاضا (فقط یک محل)**  |
| **22- محل جغرافیایی انجام طرح برای مشمولین خدمت پزشکان وپیراپزشکان که درحین انجام تعهدات قانونی هستند محل خدمت ................****23-آیا کارمند قراردادی دانشکده علوم پزشکی لارستان می باشید؟ تاریخ استخدام قراردادی................................** |
| **23- نشانی کامل : محل سکونت :استان ......................................شهرستان ............................................خیابان ...................................................****کوچه ................................پلاک ...............................کدپستی .........................................شماره تلفن ثابت ................................................................****کد شهر ...............................شماره تلفن همراه .....................................** |
| **24- شماره تلفن برای تماس ضروری :** |
| **اینجانب .............................................. متقاضی شرکت درآزمون پیمانی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی لارستان متن آگهی مربوطه را با دقت وبه طور کامل مطالعه وسپس تقاضای فوق را تکمیل نموده ام ومسئولیت صحت کلیه مندرجات آن را به عهده می گیرم .درصورت اثبات خلاف اظهارات اینجانب در هرمقطع زمانی (قبل و بعد از اشتغال ) هر گونه حقی را برای جذب درآن دستگاه از خود سلب می نمایم**  |
| **25- تاریخ تنظیم فرم : امضاء و اثرانگشت متقاضی** |