

محل الصاق

عکس

در این قسمت چیزی ننویسید

۱- نام خانوادگی :		۲- نام :	
۳- نام پدر :		۴- جنس : ۱- مرد ☐ ۲- زن ☐	
۵- تاریخ تولد : روز ماه سال		۶- محل تولد : استان : شهرستان : بخش :	
۷- محل سکونت فعلی : شهرستان : بخش :		۸- شماره شناسنامه :	
۹- شماره ملی :		۱۰- محل صدور شناسنامه :	
۱۱- دین :		۱۲- وضعیت تأهل : متاهل ☐ مجرد ☐	
۱۳- وضعیت نظام وظیفه : ۱- دارای کارت پایان خدمت ☐ ۲- دارای معافیت قانونی دائم ☐ ۳- افراد معافی دارای گواهی آموزشی ۴۵ روزه یا برگ سبز ☐			
۱۴- وضعیت ایثارگری :			
۱- فرزند و برادر شهید ☐ فرزند شهید ☐ برادر شهید ☐			
۲- فرزند جانبازان ۲۵٪ و بالاتر : بلی ☐ خیر ☐			
۳- فرزند آزادگان بالای یکسال اسارت : بلی ☐ خیر ☐			
۴- فرزند رزمنده دارای سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه در جبهه : بلی ☐ خیر ☐			
۵- فرزند جانبازان زیر ۲۵٪ و آزادگان زیر یکسال اسارت : فرزند جانباز ☐ فرزند آزاده ☐			
۶- فرزند پرسنل شاغل و بازنشسته دانشگاه علوم پزشکی بوشهر : فرزند پرسنل شاغل ☐ فرزند پرسنل بازنشسته ☐			
۱۵- سهمیه ها : ۱- سهمیه آزاد ☐ ۲- فرزند شهید ☐ ۳- فرزند جانباز بالای ۲۵٪ ☐ ۴- فرزند جانباز زیر ۲۵٪ ☐ ۵- برادر شهید ☐			
۶- فرزند پرسنل شاغل یا بازنشسته دانشگاه علوم پزشکی بوشهر ☐			
۱۶- مدرک تحصیلی : دیپلم ☐ فوق دیپلم ☐ لیسانس ☐			
۱۷- رشته تحصیلی :		استان محل تحصیل :	
۱۸- تاریخ اخذ مدرک تحصیلی : / /		۱۹- محل اخذ مدرک تحصیلی :	
۲۰- شغل مورد درخواست :		(فقط یک شغل)	
۲۱- محل جغرافیایی مورد تقاضا (فقط یک محل) :			
۲۲- نشانی کامل : محل سکونت : استان : شهرستان : شهر / روستا : خیابان : کوچه : ساختمان : طبقه : واحد : پلاک : کدپستی : شماره تلفن ثابت : کد شهر : شماره تلفن همراه : شماره تلفن همراه ضروری :			
۲۳- شماره تلفن برای تماس ضروری :			
اینجانب متقاضی شرکت در آزمون شرکتی نگهبان بیمارستان تابعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی 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) هرگونه حقی را برای جذب در آن شرکت از خود سلب می نمایم .			
۲۴- تاریخ تنظیم فرم :		امضاء و اثر انگشت متقاضی	