فرم پیش نویس تقاضانامه ثبت‌نام آزمون استخدامی دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی تهران، زابل، سمنان، ایرانشهر، اراک، علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، ارومیه، بجنورد، بیرجند، البرز و سازمان انتقال خون ایران سال ۱۴۰۱

اطلاعات فردی:

۱- نام خانوادگی: **۲- نام:**

۳-نام پدر: **۴- کدملی:**

۵- جنسیت: زن ☐ مرد ☐ **۶- شماره شناسنامه:**

۷- تاریخ تولد:

روز	ماه	سال
		۱۴

۸- وضعیت تاهل: مجرد ☐ متاهل ☐

تعدادفرزند: ☐

محل تولد فرزند اول : استان شهرستان

محل تولد فرزند دوم: استان شهرستان

محل تولد فرزند سوم : استان شهرستان

محل تولد فرزند چهارم : استان شهرستان

نکته: به استناد بند الف ماده ۱۵ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰/۸/۱۹ مجلس شورای اسلامی به ازاء تاهل و نیز داشتن هر فرزند یکسال تا حداکثر ۵ سال به سقف محدودیت سنی اضافه می شود.

۹- استان و شهرستان محل تولد: **استان** **شهرستان**

۱۰-وضعیت نظام وظیفه: کارت پایان خدمت ☐ کارت معافیت دائم : ☐ دانش آموختگان برتر مشمول تسهیلات خدمت نظام وظیفه : ☐

مدت خدمت نظام وظیفه (ماه):

تاریخ پایان خدمت و یا تاریخ صدور کارت معافیت(روز، ماه، سال):

۱۱ـ دین: اسلام ☐ کلیمی ☐ مسیحی ☐ زرتشتی ☐

۱۲- داوطلب چپ دست هستم ☐

سهمیه ایثارگران:

۱۳- داوطلب متقاضی استفاده از سهمیه ایثارگران:

۱۳-۱- سهمیه ۲۵ درصد ایثارگران:

۱-جانبازان ☐ ۲- آزادگان ☐ ۳- فرزند شهید ☐ ۴- فرزند جانباز ۲۵ درصد و بالاتر ☐ ۵ – همسر شهید ☐ ۶- پدر و مادر، خواهر و برادر شهید ☐

۷- همسر جانباز ۲۵ درصد و بالاتر ☐ ۸- فرزند آزاده یکسال و بالاتر از یکسال اسارت ☐ ۹ – همسر آزاده یکسال و بالاتر از یکسال اسارت ☐

۱۳-۲ـ سهمیه ۵ درصد ایثارگران:

۱-فرزند جانباز زیر ۲۵ درصد ☐ ۲- فرزند آزاده کمتر از یکسال اسارت ☐ ۳ – رزمنده با سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه ☐

۴- فرزند رزمنده با سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه ☐ ۵ – همسر رزمنده با سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه ☐

این موارد به حداکثر سن اضافه خواهد شد:

۱۴- موارد ذیل به شرط ارائه تأییدیه های معتبر، به حداکثر سن مقرر اضافه خواهد شد:

۱-کارمند تمام وقت دولتی (به جز رسمی و پیمانی و دارای تعهد خاص) در سایر دستگاه های اجرایی هستم ☐ (حداکثر به میزان ۵ سال)

۳-کارمند قراردادی شاغل در دانشگاه/دانشکده/علوم پزشکی یا سایر موسسات تابعه وزارت بهداشت(قرارداد کار معین یا پزشک خانواده یا قرارداد مشاغل کارگری) هستم ☐(حداکثر به میزان ۱۵ سال)

۴-کارمند شرکتی شاغل در دانشگاه/دانشکده/علوم پزشکی یا سایر موسسات تابعه وزارت بهداشت هستم که به صورت غیرمستقیم و از طریق شرکت های پیمانکاری طرف قرارداد با موسسه به خدمت اشتغال دارم ☐(حداکثر به میزان ۱۵ سال)

۵-قبلا به صورت قراردادی (قرارداد کار معین یا پزشک خانواده یا قرارداد مشاغل کارگری) یا شرکتی از طریق شرکت های پیمانکاری طرف قرارداد آن ها در دانشگاه/دانشکده/علوم پزشکی یا سایر موسسات تابعه وزارت بهداشت به خدمت اشتغال داشته ام و در حال حاضر با موسسه قطع همکاری نموده ام ☐(حداکثر به میزان ۵ سال)

۶-در حال حاضر به صورت طرح خدمت نیروی انسانی موظف (اجباری یا اختیاری و یا در قالب تمدید طرح) به استناد قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان در دانشگاه/دانشکده/علوم پزشکی یا سایر موسسات تابعه وزارت بهداشت مشغول به کار هستم ☐

– نام سازمان: مدت سابقه:

امتیاز مربوط به کرونا :

۱۵- شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی تابع وزارت بهداشت هستم که در راستای وظایف و ماموریت های محوله مستقیما در مقابله با ویروس کرونا و درمان بیماری کرونا از تاریخ ۱۳۹۸/۱۲/۰۱ انجام وظیفه نموده ام/می نمایم ☐ مدت سابقه: ... به ماه

سهمیه معلولیت:

۱۶- سهمیه ۳ درصدی معلولیت: ☐

نوع معلولیت: بینایی ☐ شنوایی ☐ جسمی حرکتی ☐ آسیب گفتار و زبان ☐ تکاملی رشد(اتیسم) ☐ اعصاب و روان ☐

بر اساس شدت معلولیتی که سازمان بهزیستی تائید خواهد کرد، خدمات و تسهیلات لازم به متقاضیان ارائه خواهد شد.

مشخصات تحصیلی داوطلب:

۱۷ مقطع تحصیلی: لیسانس☐ فوق‌لیسانس☐ دکتری☐ دکتری تخصصی☐

۱۸ـ عنوان رشته تحصیلی : ☐

۱۹ـ دانشگاه یا موسسه محل تحصیل: ☐

۲۰ـ تاریخ فراغت از تحصیل(روز، ماه، سال): **۲۱ـ معدل:** ☐ ☐

اطلاعات تکمیلی:

۲۲ـ کد و عنوان استان و شهرستان محل اقامت (جهت تعیین حوزه امتحانی) : **۲۳ـ** کد پستی ده رقمی:

۲۴ـ شماره تلفن ثابت: **۲۵ـ** شماره تلفن همراه:

۲۶ـ آدرس پست الکترونیکی (Email):

۲۷ـ آدرس محل سکونت:

درخواست شغل:

۲۸ـ عنوان شغل: **شغل محل اصلی برای شرکت در آزمون:**

شغل مورد درخواست: محل مورد تقاضا:

وضعیت بومی:

۲۹- بومی شهرستان شغل محل انتخابی اصلی بر اساس : استان : شهرستان :

۱- یکسان بودن شهرستان محل تولد داوطلب با شهرستان مورد تقاضا ☐

۲- ساکن بودن و حداقل ده سال سابقه سکونت در شهرستان مورد تقاضا با ارایه استشهاد محلی ممهور به مهر نیروی انتظامی (پاسگاه یا کلانتری محل) ☐