|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام ونام خانوادگی :** ....................................................... | | | | | | | | | **نام پدر:** ..................... | | | **کدملی:** ....................................... |
| **تاریخ تولد:** ........./........./.......... | | | **محل تولد:** .......................... | | | | | | | **جنسیت : □ خانم □ آقا** | | |
| **وضعیت نظام وظیفه :** | | | **□ دارای کارت پایان خدمت □ معافیت کفالت □ معافیت موارد خاص □ معافیت موقت**  **□ معافیت دائم □ معافیت پزشکی □ سایر:** ................ | | | | | | | | | |
| **وضعیت تأهل:** | **□ مجرد : تعداد خواهر:** ...................... **تعداد برادر :** ................ | | | | | | | | | | | |
| **□ متأهل : نام ونام خانوادگی همسر:** ........................................ **شغل همسر:** .................................. **تعداد فرزند:** ...........  **□ متارکه** | | | | | | | | | | | |
| **شغل پدر:** ..................... | | **شغل مادر:** ..................... | | | | | **قد (سانتی متر) :** ........... | | | | **وزن (کیلوگرم):** ........... | |
| **دیدچشم:**  **□ عینکی □ سالم □ استفاده از لنز** | | | | | | | **دست مورد استفاده در نوشتار: □ راست دست □ چپ دست** | | | | | |
| **آیا سابقه هرگونه جراحی دارید؟ □ خیر □ بله** | | | | | | | **جراحی شما در چه زمینه ای بوده**؟.......................................... | | | | | |
| **آیا حساسیت خاصی دارید؟ □ تنفسی □ پوستی □ فصلی □ سایر:** ....................... | | | | | | | | | | | **شدت حساسیت:**  **□ شدید □ متوسط □ خفیف** | |
| **آیا بیماری خاصی دارید؟ □ خیر □ بله : توضیحی کوتاه در رابطه با بیماری:** ......................................................................... | | | | | | | | | | | | |
| **آیا از دارویی خاص استفاده می کنید؟ □ خیر □ بله :** | | | | | **نام دارو :** .............................................. | | | | | | | |
| **مدرک تحصیلی:** .............................................. | | | | | | **رشته تحصیلی:** .............................................. | | | | | | |
| **وضعیت فعلی شغلی شما کدام است؟ □ مشغول به کار هستم  □ کاملا بیکار هستم □ پروژه ای کار می کنم** | | | | | | | | | | | | |
| **آیا به صورت شیفت می توانید کار کنید و تمایل دارید؟**  **□ خیر □ بله** | | | | | | **توضیح : کار شیفت معمولا به صورت دو روز روزکار، دو روز عصر کار، دو روز شب کار و دو روز استراحت می باشد.** | | | | | | |
| **آیا به صورت نوبت کار می توانید کار کنید و تمایل دارید؟**  **□ خیر □ بله** | | | | | | **توضیح : کار نوبت کار معمولا به صورت یک هفته, روزکار ویک هفته, عصر کار می باشد.** | | | | | | |
| **تصمیم شما برای کار در شرکت برای چه مدت است؟** | | | | **□ تا 1 سال** | | | | **□ تا 5 سال** | | | | |
| **□ تا 10 سال** | | | | **□ تا پایان دوره بازنشستگی** | | | | |
| **آیا گواهی نامه لیفتراک دارید؟ □ دارم □ ندارم** | | | | | | | **آیا سابقه کار با لیفتراک دارید؟ □ دارم □ ندارم** | | | | | |
| **استان محل سکونت دائم:** .................................. | | | | | | | **شهر/روستا:** ................................................... | | | | | |
| **آدرس محل سکونت دائم:** ................................................................................................................................................................................................................. | | | | | | | | | | | | |
| **پلاک:** .............................. | | | | | | | **کدپستی :** .......................................... | | | | | |
| **شماره موبایل :** .......................................... | | | | | | | **تلفن منزل(شامل پیش شماره):** ............................................. | | | | | |