

برگ درخواست شغل بهورزی از دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اسدآباد	
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: روستا:
۷- شماره شناسنامه:	۸- کد ملی:
۹- محل صدور شناسنامه:	۱۰- دین: مذهب:
۱۱- وضعیت تاهل: ۱- متاهل <input type="checkbox"/> ۲- مجرد <input type="checkbox"/>	۱۲- وضعیت نظام وظیفه: ۱- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> (مدت خدمت ضرورت ماه سال) ۲- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/>
۱۳- وضعیت ایثارگری: (در صورت داشتن هر کدام از شرایط زیر گواهی مربوطه ضمیمه گردد). الف: ایثارگران سهمیه ۲۵ درصد ۱- <input type="checkbox"/> جانبازان ۲- <input type="checkbox"/> آزادگان ۳- <input type="checkbox"/> همسر و فرزندان شهید ۴- <input type="checkbox"/> همسر و فرزندان جانبازان ۲۵ درصد و بالاتر ۵- <input type="checkbox"/> همسر و فرزندان آزادگان دارای یکسال اسارت و بالای یکسال اسارت ۶- <input type="checkbox"/> پدر و مادر، خواهر و برادر شهید: ایثارگران سهمیه ۵ درصد ۱- <input type="checkbox"/> رزمندگان با سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه در جبهه ها ۲- <input type="checkbox"/> همسر و فرزندان رزمندگان با سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه در جبهه ها ۳- <input type="checkbox"/> فرزندان جانبازان زیر بیست و پنج درصد ۴- <input type="checkbox"/> فرزندان آزادگان کمتر از یکسال اسارت	
۱۴- سایر موارد ۱- سهمیه آزاد <input type="checkbox"/> ۲- معلولین عادی <input type="checkbox"/> ۳- افراد بومی <input type="checkbox"/> ۴- مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان (مدت خدمت ... روز ... ماه ... سال) (گواهی ضمیمه گردد).	
۱۵- آخرین مدرک تحصیلی: دیپلم <input type="checkbox"/> کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/>	
۱۶ رشته تحصیلی:	گرایش تحصیلی: معدل:
۱۷- دانشگاه محل تحصیل:	استان محل تحصیل:
۱۸- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی: / / ۱۳۰۰	۱۹- محل اخذ دیپلم:
۲۰- محل جغرافیایی شغل بهورزی مورد تقاضا (فقط روستایی انتخاب شده فرد متقاضی بومی آن روستا باشد).....	
۲۱- محل جغرافیایی انجام طرح برای مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان که در حین انجام تعهدات قانونی هستند. محل خدمت	
۲۲- نشانی کامل: محل سکونت: استان: شهرستان: روستا: خیابان: کوچه: پلاک: کد پستی: شماره تلفن ثابت: کد روستا: شماره تلفن همراه:	
۲۳- دو شماره تلفن برای تماس ضروری: و	
اینجانب متقاضی شرکت در آزمون پیمانی و قرارداد کار معین دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اسدآباد متن آگهی 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 استخدام در آن دستگاه از خود سلب می نمایم.	
۲۴- تاریخ تنظیم فرم:	امضاء و اثر انگشت متقاضی