

فرم پیش نویس تقاضانامه ثبت نام آزمون استخدامی دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سال ۱۳۹۹

اطلاعات فردی:

۱- نام خانوادگی:

۲- نام:

۳- نام پدر:

۴- کدملی:

۵- جنسیت:

زن مرد

۶- شماره شناسنامه:

۷- تاریخ تولد:

سال	ماه	روز
۱۳		

۸- وضعیت تاهل: متاهل مجرد

۹- استان و شهرستان محل تولد:

۱۰- دین: اسلام کلیمی مسیحی زرتشتی

۱۱- وضعیت نظام وظیفه: کارت پایان خدمت

کارت معافیت دائم:

مدت خدمت نظام وظیفه (ماه):

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

۱۲- داوطلب چپ دست هستم

۱۳- داوطلب متقاضی استفاده از سهمیه ایثارگران:

۱۳-۱- سهمیه ۲۵ درصد ایثارگران (نوع ایثارگری شما با توجه به اطلاعات موجود در سیستم سجایا بنیاد شهید و امور ایثارگران در تقاضانامه ثبت نامی درج خواهد شد)

۱۳-۲- 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 (معاف از شرایط حداکثر سنی)

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

۱۴- شاغل قراردادی (به منظور اضافه شدن به حداکثر سن):

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

۲- قبلاً کارمند تمام وقت دولتی در سایر دستگاه های اجرایی بوده ام و در حال حاضر مشغول به کار نمی باشم

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

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

۵- قبلاً 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

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

۱۴-۱- نام سازمان:

سال

ماه

۱۴-۲- مدت سابقه

۱۵- سهمیه ۳ درصدی معلولیت:

نوع معلولیت: نابینا کم بینا ناشنوا کم شنوا معلول جسمی حرکتی سایر

۱۵-۱- با توجه به نوع معلولیت در بند ۱۵: نیاز به منشی دارم نیاز به منشی ندارم

مشخصات تحصیلی داوطلب:

۱۶- آخرین مقطع تحصیلی: کاردانی لیسانس فوق لیسانس دکتری دکتری تخصصی

۱۷- عنوان رشته تحصیلی:

۱۸- دانشگاه یا موسسه محل تحصیل:

۱۹- تاریخ فراغت از تحصیل (روز، ماه، سال): ۲۰- معدل آخرین مدرک تحصیلی:

وضعیت بومی:

۲۱- استان بومی: ۲۱-۱- شهرستان بومی:

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

۲- سکونت داوطلب به مدت ده سال با ارایه استشهاد محلی ممه‌ور به مهر نیروی انتظامی (پاسگاه یا کلانتری محل)

۳- داشتن سوابق تحصیلی در مقاطع (ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان) در شهرستان مورد تقاضا با تایید اداره آموزش و پرورش شهرستان مربوطه که می تواند قسمتی از سابقه ده سال سکونت باشد.

اطلاعات تکمیلی:

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

۲۴- شماره ثابت: ۲۵- شماره تلفن همراه:

۲۶- آدرس پست الکترونیکی (Email):

۲۷- آدرس محل سکونت:

درخواست شغل:

۲۸- عنوان شغل: اولویت انتخابی:

نام دستگاه: شغل مورد درخواست: محل مورد تقاضا:

۲۹- در مراکز درمانی و بهداشتی زیرمجموعه وزارت بهداشت از تاریخ ۱۳۹۸/۱۲/۱ در مقابله با ویروس کرونا مشغول به خدمت می باشم.

از کارکنان: قرارداد کار معین کارگری شرکتی متعهدین خدمت مدت: روز ماه