|  |
| --- |
|  **برگ درخواست شغل جهت بررسی مدارک(آزمون پیمانی سازمان سنجش سال 96)****در این قسمت چیزی ننویسید****محل الصاق عکس** **مطابق با ثبت نام اینترنتی سنجش –پس از تکمیل بهمراه سایر مدارک پست نمایید.** |
| 1. **نام خانوادگی :**
 | 1. **نام :**
 |
| 1. **نام پدر :**
 | 1. **جنس : 1- مرد 2- زن**
 |
| 1. **تاریخ تولد : روز ماه سال**
 | 1. **محل تولد : استان : شهرستان : بخش :**
 |
| 1. **شماره شناسنامه :**
 | 1. **کد ملی :**
 | 1. **محل صدور شناسنامه :**
 |
| 1. **دین : مذهب :**
 | 1. **وضعیت تاهل : 1- متاهل 2- مجرد**
 |
| 1. **وضعیت نظام وظیفه : 1- دارای کارت پایان خدمت تاریخ پایان خدمت :.......................................... 2- دارای معافیت قانونی دائم تاریخ معافیت...................................**
 |
| 1. **وضعیت ایثارگری : مطابق با ثبت نام اینترنتی -5 درصد یا سهمیه بهزیستی سه درصد**
2. **فرزند یا همسر جانباز زیر 25 درصد درصد جانبازی ............... درصد**
3. **فرزند یا همسر رزمنده (دارای حداقل 6 ماه حضور داوطلبانه در جبهه) مدت حضور درجبهه : روز ماه سال**
4. **فرزند آزاده کمتر از یک سال اسارت م روز ماه سال**
5. **سهمیه بهزیستی: سهمیه معلولین بهزیستی می باشم**
 |
| 1. **سهمیه بومی گزینی طبق ثبت نام اینترنتی بومی شهرستان می باشم بومی استان می باشم غیر بومی می باشم**

**1- کارمند قرارداد کار معین دانشگاه یا حوزه وزارت بهداشت می باشم (مدت سنوات قراردادی تا تاریخ انتشار آگهی روز ماه سال )** **2-کارمند شرکتی تحت پوشش دانشگاه یا حوزه وزارت بهداشت می باشم مدت سنوات شرکتی تا تاریخ انتشار آگهی روز ماه سال )****3- مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان می باشم تاریخ شروع بطرح ................................ معاف از طرح**  |
| 1. **آخرین رشته تحصیلی طبق اگهی کاردانی کارشناسی کارشناسی ارشد دکترا**

  |
| 1. **رشته تحصیلی :**
 | **گرایش تحصیلی : معدل :**  |
| 1. **دانشگاه محل تحصیل :**
 | **استان محل تحصیل :**  |
| 1. **تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی : / / 13**
 |  |
| 1. **شغل مورد درخواست : ................................................ (فقط یک شغل)**
 | 1. **محل جغرافیایی مورد تقاضا : (فقط یک محل ) ...............................................**
 |
| 1. **محل جغرافیایی انجام طرح برای مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان که در حین انجام تعهدات قانونی هستند محل خدمت ..........................................**
 |
| 1. **نشانی کامل : محل سکونت : استان ..................................... شهرستان ........................................... خیابان .........................................**

**کوچه .........................................پلاک .......................................... کد پستی ..........................................** **شماره تلفن ثابت ................................................ کد شهر .................................... شماره تلفن همراه .....................................................**  |
| 1. **شماره تلفن برای تماس ضروری :**
 |
| **24- اینجانب ........................................................متقاضی شرکت در آزمون استخدام پیمانی سنجش جهت اشتغال در دانشگاه / علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی فارس، متن آگهی سازمان سنجش 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 صلب می نمایم . تاریخ: امضا واثر انگشت** |