|  |
| --- |
| **نمونه برگ درخواست شغل از دانشگاه  علوم پزشکی وخدماتی بهداشتی درمانی رفسنجان** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1- نام خانوادگی | 2- نام | | |
| 3-نام پدر: | 4-جنس : 1- مرد              2 - زن | | |
| 5- تاریخ تولد :       روز                   ماه                سال | 6 -  محل تولد : استان :       شهرستان :            بخش : | | |
| 7- شماره شناسنامه : | 8- کد ملی | | 9- محل صدورشناسنامه : |
| 10- دین :                            مذهب : | 11-وضعیت تاهل: متاهل             2- مجرد | | |
| 12- وضعیت نظام وظیفه :       1- دارای کارت پایان خدمت            2- دارای معافیت قانونی دائم | | | |
| 13- وضعیت ایثارگری :  1-           جانباز                          درصد جانبازی :            درصد  2-           رزمنده        (برای حداقل 6 ماه حضور داوطلبانه درجبهه)      مدت حضور درجبهه :     روز         ماه          سال  3-            آزاده         مدت اسارت :       روز          ماه       سال  4- فرزند وهمسر شهداء:      فرزند           همسر  5- فرزند وهمسر جانبازان 25%وبالاتر:           فرزند           همسر  6- فرزند وهمسر آزادگان بالای یکسال اسارت:    فرزند           همسر  7- فرزند وهمسر رزمنده دارای سابقه حداقل شش ماه حضورداوطلبانه درجبهه:      فرزند           همسر  8- فرزند جانبازان زیر25% وآزادگان زیریکسال اسارت :      فرزند جانباز          فرزندآزاده  9- خواهروبرادر شهدا: خواهر           برادر | | | |
| 14- سایر موارد : 1- سهمیه آزاد        2- معلولین عادی 3- بومی شهرستان   4-  بومی استان     5- غیر بومی | | | |
| 15- آخرین مدرک تحصیلی : کارشناسی     کارشناسی ارشد | | | |
| 16- رشته تحصیلی : | | **گرایش تحصیلی :                           معدل :** | |
| 17- دانشکده محل تحصیل : | | **استان محل تحصیل :** | |
| 18- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی :    /    /       13 | | | |
| 20- شغل مورد درخواست(فقط یک شغل ): | | | |
| 21- محل جغرافیایی مورد تقاضا (فقط یک محل): | | | |
| 23- نشانی کامل : محل سکونت :استان ......................................شهرستان ............................................خیابان ...................................................  کوچه ................................پلاک ...............................کدپستی .........................................شماره تلفن ثابت ................................................................  کد شهر ...............................شماره تلفن همراه ..................................... | | | |
| 24- شماره تلفن برای تماس ضروری : | | | |
| اینجانب ..............................................متقاضی شرکت درآزمون  پذیرش قرارداد کار معین دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی رفسنجان ،  متن آگهی مربوطه را با دقت وبه طور کامل مطالعه وسپس تقاضای فوق را تکمیل نموده ام ومسئولیت صحت کلیه مندرجات آن را به عهده می گیرم .درصورت اثبات خلاف اظهارات اینجانب در هرمقطع زمانی (قبل وبعد ازاشتغال ) هر گونه حقی را برای عقد قرارداد درآن دانشگاه از خود سلب می نمایم | | | |
| 25- تاریخ تنظیم فرم :                                                                                             امضاء واثرانگشت متقاضی | | | |
|  |  |  |  |