اطلاعات داوطلبان مرحله اول آزمون پیمانی سازمان سنجش آموزش کشور در سال 98-شیراز

|  |
| --- |
| **اطلاعات فردی:** |
| **1-نام خانوادگی: 2- نام:**  **3-نام پدر: 4-کد ملی:**  **5-جنسیت: زن مرد 6-شماره شناسنامه:**  **7-تاریخ تولد: روز ماه سال 8-وضعیت تأهل: مجرد متأهل**  **9-استان و شهرستان محل تولد:**  **10-دین: اسلام کلیمی مسیحی زردشتی**  **11-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):**  **12-داوطلب متقاضی استفاده از سهمیه ایثارگران:**  **1-12-سهمیه 25 درصد ایثارگران:**  **2-12-سهمیه 5 درصد ایثارگران:**  1-فرزند جانباز زیر 25 درصد 2-فرزند آزاده کمتر از یکسال اسارت  3-رزمنده با سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه (معاف از شرایط حداکثر سنی)  4-فرزند رزمنده با سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه 5- همسر رزمنده با سابقه شش ماه حضور داوطلبانه |
| **13-شاغل قراردادی تمام وقت هستم (جهت بهره مندی از قانون اصلاح حداکثر سن):**  **کارمند شرکتی دانشگاه می باشم**  **کارمند طرح پزشک خانواده دانشگاه می باشم**  **عنوان دستگاه:**    **ماه سال**  **مدت سابقه:** |
| **14-سهمیه 3 درصدی معلولیت:** |
| **مشخصات تحصیلی داوطلب (مطابق با مندرجات آگهی استخدام):** |
| **15-آخرین مقطع تحصیلی:** دیپلم کاردانی لیسانس فوق لیسانس دکتری دکتری تخصصی  دارای مقطع تحصیلی مرتیط بالاتر از مقاطع تحصیلی اعلام شده در شرایط احراز مندرج در آگهی نمی باشم |
| **16-عنوان رشته تحصیلی:**  **17-دانشگاه یا موسسه محل تحصیل:**  **18-تاریخ فراغت از تحصیل(روز، ماه، سال):**  **19-معدل آخرین مدرک تحصیلی:** |
| **اطلاعات تکمیلی:** |
| **20- استان و شهرستان محل اقامت: 21-کدپستی ده رقمی:**  **22-شماره تلفن ثابت: 23-شماره تلفن همراه:**  **24-آدرس پست الکترونیکی(Email):**  **25-آدرس محل سکونت:** |
|  |
| **درخواست شغل:** |
| **26-عنوان شغل:**  **نام دستگاه: شغل مورد درخواست: محل مورد تقاضا:** |
| **27-وضعیت طرح نیروی انسانی (مختص رشته های بهداشتی درمانی):**  1-دارای پایان طرح می باشم 2- در حین انجام طرح می باشم 3- معاف از طرح می باشم  4- رشته های اختیاری می باشم 5-در حال حاضر درطرح می باشم |
| **28-محل انجام خدمت طرح نیروی انسانی:** |
| **29-تاریخ شروع به طرح:** |
| **30-این بند صرفا مختص رشته فوریتهای پزشکی است(قد و وزن خود را درج نمایید) قد: وزن:** |

**اینجانب ............................ پس از مطالعه و بررسی دقیق این فرم مدارک لازم جهت انجام امور استخدامی را با علم و اطلاع از کلیه مفاد آگهی و قطعی نبودن نتایج اولیه، اعلام میدارم مشمول هیچکدام از موارد منع استخدام اعلام شده در شرایط عمومی آگهی استخدامی منتشره نبوده و اطلاع دارم پس از این تاریخ هیچگونه مدرک جدیدی از بنده پذیرفته نخواهد شد و در هر مرحله از مراحل جذب و استخدام مشخص شود فاقد شرایط لازم هستم دانشگاه علوم پزشکی شیراز به صورت یکطرفه نسبت به لغو مراحل بعدی اقدام و حق هیچگونه اعتراضی در این زمینه نخواهم داشت.**

**امضا واثر انگشت**

**توجه:پس از تکمیل ، امضا واثر انگشت، این فرم دو صفحه ای را همراه سایر مدارک دیگر اسکن و در سامانه بارگذاری نمایید**