

محل الصاق  
عکس

برگ درخواست شغل از دانشگاه / علوم پزشکی و خدماتی بهداشتی درمانی زنجان

در این قسمت چیزی ننویسید

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:	
۷- شماره شناسنامه:		۸- شماره ملی:	
۹- محل صدور شناسنامه:		۱۰- دین:	
۱۱- وضعیت تأهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>		۱۲- وضعیت نظام وظیفه: ۱- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> ۲- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/>	
۱۳- وضعیت ایثارگری:			
۱- <input type="checkbox"/> جانباز درصد جانبازی ..... درصد			
۲- <input type="checkbox"/> رزمنده (برای حداقل ۶ ماه حضور داوطلبانه در جبهه) مدت حضور در جبهه: روز ماه سال			
۳- <input type="checkbox"/> آزاده مدت اسارت: روز ماه سال			
۴- فرزند و همسر شهداء: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
۵- فرزند و همسر جانبازان ۲۵٪ و بالاتر: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
۶- فرزند و همسر آزادگان بالای یکسال اسارت: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
۷- فرزند و همسر رزمنده دارای سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه در جبهه: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
۸- فرزند جانبازان زیر ۲۵٪ و آزادگان زیر یکسال اسارت: فرزند جانباز <input type="checkbox"/> فرزند آزاده <input type="checkbox"/>			
۹- خواهر و برادر شهدا: خواهر <input type="checkbox"/> برادر <input type="checkbox"/>			
۱۰- فرزند ایثارگر (شهدید، جانباز بیست و پنج درصد (۲۵٪) و بالاتر، آزاده، اسیر و مفقودالثر) بازنشسته مراکز تابعه دانشگاه/دانشکده <input type="checkbox"/>			
۱۴- سایر موارد: ۱- سهمیه آزاد <input type="checkbox"/> ۲- معلولین عادی <input type="checkbox"/> ۳- افراد بومی محل مورد تقاضا <input type="checkbox"/> ۴- افراد بومی استان <input type="checkbox"/>			
۵- مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان <input type="checkbox"/> (مدت خدمت ..... روز ..... ماه ..... سال) ۶- افراد غیر بومی <input type="checkbox"/> ۷- مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان که خدمت مازاد را اختیاری انجام می دهند <input type="checkbox"/>			
۱۵- آخرین مدرک تحصیلی: کارشناسی <input type="checkbox"/>			
۱۶- رشته تحصیلی:		گرایش تحصیلی:	
۱۷- دانشگاه محل تحصیل:		استان محل تحصیل:	
۱۸- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی: / / ۱۳			
۱۹- شغل مورد درخواست:		۲۰- محل جغرافیایی مورد تقاضا:	
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 ..... خیابان ..... کوچه ..... پلاک ..... کدپستی ..... شماره تلفن ثابت ..... کد شهر ..... شماره تلفن همراه .....			
۲۳- شماره تلفن برای تماس ضروری:			
اینجانب ..... متقاضی شرکت در آزمون پیمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان، متن آگهی مربوطه 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 جذب در آن دستگاه از خود سلب می نمایم			
۲۴- تاریخ تنظیم فرم:		امضاء و اثر انگشت متقاضی	