

فرم اطلاعات پرسنل شرکت

واحد مربوطه:	سمت:	تاریخ آغاز به کار:/...../.....
--------------	------	--------------------------------------

محل الصاق عکس	وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> افراد تحت تکفل:	نام:
	وضعیت خدمت و وظیفه: انجام شده <input type="checkbox"/> معافیت <input type="checkbox"/>	نام خانوادگی:
	دلیل معافیت:	نام پدر:
	آیا سابقه پرداخت بیمه دارید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	ملیت:
	مدت پرداخت بیمه: شماره بیمه:	محل صدور:
	نشانی محل سکونت:	محل تولد:
	کد پستی:	تاریخ تولد:/...../.....
		شماره ملی:
		شماره شناسنامه:
	تلفن تماس ثابت:	
	تلفن تماس همراه:	
آدرس ایمیل:	تلفن تماس اضطراری:	شماره پاسپورت:

مشخصات پرسنل

معدل	تاریخ پایان	تاریخ شروع	نام مرکز آموزشی	گرایش	رشته تحصیلی	مقطع تحصیلی

سوابق تحصیلی

علت قطع همکاری	مدت همکاری		آخرین حقوق دریافتی	سمت	نوع همکاری	زمینه فعالیت	نام شرکت/موسسه
	تا	از					

سوابق کاری

سر فصلهای آموزشی طی دوره	وضعیت مدرک	مدت دوره	نام مرکز آموزشی	نام دوره

دوره‌های آموزشی

میزان آشنایی با نرم افزار تخصصی		
کاربرد	سطح آشنایی	نام نرم افزار

میزان آشنایی با زبان های خارجی			
مکالمه	نوشتن	خواندن	نام زبان

مشخصات اعضای خانواده						
نام و نام خانوادگی	نسبت	سن	شغل	شماره تماس	وضعیت تکفل	توضیحات

مشخصات تماس افراد در موارد اضطراری		
نام و نام خانوادگی	سمت و آدرس محل کار/زندگی	تلفن تماس

- آشنایی شما با این مجموعه از چه طریقی می باشد؟
 - غیر از شغل فعلی خود توانایی انجام شغل دیگری را نیز دارید؟ چه شغلی؟
 - آیا از سلامت کامل جسمانی برخوردار هستید؟ در صورت وجود بیماری یا شرایط جسمانی خاص لطفاً آنرا نام ببرید؟
 - آیا سابقه محکومیت کیفری داشته اید؟ در صورت مثبت بودن دلایل محکومیت و مدت آنرا ذکر فرمایید.
 - میزان حقوق درخواستی خود را ذکر بفرمایید؟
- اینجانب با تکمیل و امضای این فرم صحت مراتب فوق را تعهد نموده و در صورت اثبات خلاف آن در خصوص هرگونه تصمیم شرکت هیچگونه ادعا و اعتراضی نخواهم داشت.
- تاریخ..... امضاء.....