

برگ درخواست شغل از موسسه کارآفرینان آوای سلامت

محل الصاق
عکس

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 : متأهل <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- آخرین مدرک تحصیلی : دیپلم <input type="checkbox"/> کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> دکتری <input type="checkbox"/>			
۱۴- رشته تحصیلی :		۱۵- گرایش تحصیلی : معدل :	
۱۶- دانشگاه محل تحصیل :		۱۷- استان محل تحصیل :	
۱۸- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی : / / ۱۳		۱۹- وضعیت نوشتن : راست دست چپ دست	
۲۰- شغل مورد تقاضا (فقط یک شغل) :		۲۱- محل مورد تقاضا (فقط یک محل) :	
۲۲- بومی محل مورد تقاضا : بومی شهرستان <input type="checkbox"/> بومی استان <input type="checkbox"/> افراد غیر بومی <input type="checkbox"/>			
۲۳- نشانی کامل : محل سکونت : استان شهرستان خیابان			
کوچه پلاک کدپستی شماره تلفن ثابت			
کد شهر شماره تلفن همراه			
۲۴- شماره تلفن برای تماس ضروری :			
اینجانب متقاضی شرکت در آزمون موسسه کارآفرینان آوای سلامت 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 موسسه از خود سلب می نمایم .			
۲۵- تاریخ تنظیم فرم :		امضاء و اثر انگشت متقاضی	