

برگ درخواست شغل بصورت خرید خدمات از طریق بخش خصوصی (شرکتی)

از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اردبیل

محل
الصاق
عکس

در این قسمت چیزی ننویسید

۲- نام :	۱- نام خانوادگی:
۴- جنس : <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	۳- نام پدر:
۶- محل تولد: استان: شهرستان: بخش:	۵- تاریخ تولد: روز ماه سال
۸- شماره شناسنامه : ۹- محل صدور شناسنامه:	۷- شماره ملی :
۱۱- وضعیت تأهل: ۱- متأهل <input type="checkbox"/> ۲- مجرد <input type="checkbox"/>	۱۰- دین: مذهب:
۲- دارای معافیت قانونی دائم <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- جانباز <input type="checkbox"/> درصد جانبازی درصد	
۲- رزمنده <input type="checkbox"/> (برای حداقل ۶ ماه حضور داوطلبانه در جبهه) مدت حضور در جبهه: روز ماه سال	
۳- آزاده <input type="checkbox"/> مدت اسارت: روز ماه سال	
۴- فرزند شهید: <input type="checkbox"/> ۵- فرزند جانبازان ۲۵٪ و بالاتر <input type="checkbox"/> ۶- فرزند آزادگان بالای یکسال اسارت <input type="checkbox"/>	
۷- فرزند رزمنده دارای سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه در جبهه: <input type="checkbox"/> مدت حضور در جبهه(پدر): روز ماه سال	
۸- فرزند جانبازان زیر ۲۵٪ <input type="checkbox"/> ۹- فرزند آزادگان زیر یکسال اسارت: <input type="checkbox"/> ۱۰- برادر یا خواهر شهید: <input type="checkbox"/>	
۱۴- سایر موارد: ۱- افراد بومی شهرستان محل مورد تقاضا <input type="checkbox"/> ۲- افراد بومی استان <input type="checkbox"/> ۳- افراد غیر بومی <input type="checkbox"/>	
۴- جهت شغل سربدار: بومی اصلی محل مورد تقاضا هستم <input type="checkbox"/> بومی همجوار ۱۵ کیلومتر محل مورد تقاضا هستم <input type="checkbox"/>	
۱۵- آخرین مدرک تحصیلی: <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> کاردانی <input type="checkbox"/> 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: (فقط یک شغل) ۲۰- محل جغرافیایی مورد تقاضا: (فقط یک محل)	
۲۱- نشانی کامل محل سکونت: استان..... شهرستان..... خیابان..... کوچه..... پلاک..... کد پستی..... شماره تلفن ثابت..... کد شهر..... شماره تلفن همراه.....	
۲۲- شماره تلفن برای تماس ضروری :	
اینجانب..... متقاضی شرکت در آزمون پذیرش نیروی انسانی در قالب خرید خدمات از طریق بخش خصوصی (شرکتی) دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اردبیل، 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) هرگونه حقی را برای جذب در آن دستگاه از خود سلب می نمایم.	
۲۳- تاریخ تنظیم فرم: امضاء و اثر انگشت متقاضی	