|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **برگ درخواست شغل جهت بررسی مدارک(آزمون پیمانی سازمان سنجش سال 96)**  **در این قسمت چیزی ننویسید**  **محل الصاق عکس**  **مطابق با ثبت نام اینترنتی سنجش –پس از تکمیل بهمراه سایر مدارک پست نمایید.** | | | |
| 1. **نام خانوادگی :** | | 1. **نام :** | |
| 1. **نام پدر :** | | 1. **جنس : 1- مرد 2- زن** | |
| 1. **تاریخ تولد : روز ماه سال** | | 1. **محل تولد : استان : شهرستان : بخش :** | |
| 1. **شماره شناسنامه :** | 1. **کد ملی :** | | 1. **محل صدور شناسنامه :** |
| 1. **دین : مذهب :** | | 1. **وضعیت تاهل : 1- متاهل 2- مجرد** | |
| 1. **وضعیت نظام وظیفه : 1- دارای کارت پایان خدمت تاریخ پایان خدمت :.......................................... 2- دارای معافیت قانونی دائم تاریخ معافیت...................................** | | | |
| 1. **وضعیت ایثارگری : مطابق با ثبت نام اینترنتی -5 درصد یا سهمیه بهزیستی سه درصد** 2. **فرزند یا همسر جانباز زیر 25 درصد درصد جانبازی ............... درصد** 3. **فرزند یا همسر رزمنده (دارای حداقل 6 ماه حضور داوطلبانه در جبهه) مدت حضور درجبهه : روز ماه سال** 4. **فرزند آزاده کمتر از یک سال اسارت م روز ماه سال** 5. **سهمیه بهزیستی: سهمیه معلولین بهزیستی می باشم** | | | |
| 1. **سهمیه بومی گزینی طبق ثبت نام اینترنتی بومی شهرستان می باشم بومی استان می باشم غیر بومی می باشم**   **1- کارمند قرارداد کار معین دانشگاه یا حوزه وزارت بهداشت می باشم (مدت سنوات قراردادی تا تاریخ انتشار آگهی روز ماه سال )**  **2-کارمند شرکتی تحت پوشش دانشگاه یا حوزه وزارت بهداشت می باشم مدت سنوات شرکتی تا تاریخ انتشار آگهی روز ماه سال )**  **3- مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان می باشم تاریخ شروع بطرح ................................ معاف از طرح** | | | |
| 1. **آخرین رشته تحصیلی طبق اگهی کاردانی کارشناسی کارشناسی ارشد دکترا** | | | |
| 1. **رشته تحصیلی :** | | **گرایش تحصیلی : معدل :** | |
| 1. **دانشگاه محل تحصیل :** | | **استان محل تحصیل :** | |
| 1. **تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی : / / 13** | |  | |
| 1. **شغل مورد درخواست : ................................................ (فقط یک شغل)** | | 1. **محل جغرافیایی مورد تقاضا : (فقط یک محل ) ...............................................** | |
| 1. **محل جغرافیایی انجام طرح برای مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان که در حین انجام تعهدات قانونی هستند محل خدمت ..........................................** | | | |
| 1. **نشانی کامل : محل سکونت : استان ..................................... شهرستان ........................................... خیابان .........................................**   **کوچه .........................................پلاک .......................................... کد پستی ..........................................**  **شماره تلفن ثابت ................................................ کد شهر .................................... شماره تلفن همراه .....................................................** | | | |
| 1. **شماره تلفن برای تماس ضروری :** | | | |
| **24- اینجانب ........................................................متقاضی شرکت در آزمون استخدام پیمانی سنجش جهت اشتغال در دانشگاه / علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی فارس، متن آگهی سازمان سنجش 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 استخدام در آن دستگاه از خود صلب می نمایم . تاریخ: امضا واثر انگشت** | | | |