

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- محل سکونت فعلی: شهرستان: بخش:		۸- شماره شناسنامه:	
۹- شماره ملی:		۱۰- محل صدور شناسنامه:	
۱۱- دین: مذهب:		۱۲- وضعیت تأهل: متأهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> زن سرپرست خانوار <input type="checkbox"/>	
۱۳- وضعیت نظام وظیفه: ۱- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> ۲- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/>			
۱۴- وضعیت ایثارگری:			
۱- جانباز <input type="checkbox"/> درصد جانبازی ..... درصد			
۲- رزمنده <input type="checkbox"/> (برای حداقل ۶ ماه حضور داوطلبانه درجه) مدت حضور درجه: روز ماه سال			
۳- آزاده <input type="checkbox"/> 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 درجه: 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 شهداء: خواهر <input type="checkbox"/> برادر <input type="checkbox"/>			
۱۰- فرزند پرسنل شاغل، بازنشسته یا متوفی <input type="checkbox"/> ۱۱- سابقه کار: روز ماه سال			
۱۲- سهمیه ها: ۱- فرزند و همسر شهداء <input type="checkbox"/> ۲- فرزند و همسر جانباز بالای ۲۵٪ <input type="checkbox"/> ۳- فرزند و همسر جانباز زیر ۲۵٪ <input type="checkbox"/> ۴- فرزند رزمنده دارای سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه درجه <input type="checkbox"/>			
۱۳- آخرین مدرک تحصیلی: دیپلم <input type="checkbox"/> لیسانس <input type="checkbox"/> فوق لیسانس <input type="checkbox"/>			
۱۴- رشته تحصیلی:		معدل:	
۱۵- استان محل تحصیل:			
۱۶- شغل مورد درخواست:			
۱۷- نشانی کامل: محل سکونت: استان: شهرستان: خیابان: کوچه: پلاک: کد پستی: شماره تلفن ثابت: کد شهر: شماره تلفن همراه:			
۱۸- شماره تلفن برای تماس ضروری:			
اینجانب ..... متقاضی شرکت در مصاحبه بیمارستان امام خمینی (ره) کنگان متن اطلاعاتی 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 شرکت از خود سلب می نمایم.			
۱۹- تاریخ تنظیم فرم:		امضاء و اثر انگشت متقاضی	