

فرم شماره ۱

تقاضای ثبت نام برای اشتغال در رشته محل

محل الصاق عکس	الف (مشخصات شخصی - شناسنامه ای
	نام : نام خانوادگی : شماره شناسایی ملی : نام پدر :
	جنسیت : دین:
	شماره شناسنامه : تاریخ تولد : (روز و ماه و سال)
ب (مشخصات تحصیلی:	
مدرک تحصیلی: رشته تحصیلی:	
محل تحصیل : معدل کل فارغ التحصیلی :	
ج (وضعیت خدمت وظیفه عمومی	
☐ انجام داده ☐ معافیت دائم ☐ پزشکی ☐ تکفل علت معافیت:.....	
د) متقاضی استفاده از سهمیه ایثارگران	
بلی ☐ خیر ☐	
نوع ایثارگری :	
فرزند شهید یا جانباز بالای ۲۵٪ از کار افتاده کلی ☐ جانباز، آزاده و رزمنده ☐	
آخرین نشانی کامل محل سکونت داوطلب:	
شماره تلفن همراه:	
شماره تلفن ثابت:	
اینجانب کلیه شرایط و مفاد این آگهی را مطالعه نموده و صحت کلیه موارد بالا را تأیید می	
نمایم. و در صورتی که در هریک از مراحل پذیرش خلاف اظهارات من ثابت گردد قبولی اینجانب حتی پس از	
صدور حکم قرارداد باطل خواهد شد .	
نام خانوادگی	
تاریخ و محل امضاء	

فرم شماره ۲

احراز سکونت

تاییدیه مرکز سلامت :

به این وسیله ، بومی بودن و سکونت آقای / خانم فرزند با کد ملی

..... و شماره خانوار از تاریخ لغایتمورد تایید می باشد .

مهر و امضای رئیس مرکز بهداشت شهرستان

مهر و امضای مرکز خدمات جامع سلامت

: