

فرم شماره ۱

تقاضای ثبت نام برای اشتغال در رشته محل

الف (مشخصات شخصی - شناسنامه ای

نام : نام خانوادگی : شماره شناسایی ملی : نام پدر :

جنسیت : دین :

شماره شناسنامه :

محل صدور شناسنامه :

تاریخ تولد : (روز و ماه و سال)

محل تولد :

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 نام خانوادگی****تاریخ و محل امضاء**

فرم شماره ۲
احراز سکونت

تاییدیه مرکز سلامت :

به این وسیله ، بومی بودن و سکونت آقای / خانمفرزند

.....با کد ملی و شماره خانوار

از تاریخ لغایتمورد تایید می باشد .

مهر و امضای رئیس مرکز سلامت