|  |
| --- |
| فرم شماره 1  **تقاضای ثبت نام برای اشتغال در رشته .............................. محل .................................** |
| الف ) مشخصات شخصي- شناسنامه اي  محل الصاق عكس  نام : نام خانوادگي : شماره شناسايي ملي : نام پدر :  جنسيت : دين: مذهب:  شماره شناسنامه : محل صدور شناسنامه :  تاريخ تولد : (روز و ماه و سال) محل تولد : |
| ب ) مشخصات تحصيلي:  مدرك تحصيلي: رشته تحصيلي:  محل تحصيل : معدل كل فارغ التحصيلي : |
| ج ) وضعيت خدمت وظيفه عمومي  🞏 انجام داده 🞏 معافيت دائم 🞏 پزشكي 🞏 تكفل علت معافيت:...................................... |
| د) متقاضي استفاده از سهميه ايثارگران  بلي 🞏 خير 🞏  نوع ايثارگري :  فرزند شهيد یا جانباز بالای 25% از کار افتاده کلی 🞏 جانباز، آزاده و رزمنده 🞏 |
| آخرين نشاني كامل محل سكونت داوطلب:    شماره تلفن همراه: شماره تلفن ثابت:  اينجانب .......................................كليه شرايط و مفاد اين آگهي را مطالعه نموده و صحت كليه موارد بالا را تائيد مي نمايم. 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 خانوادگي  تاريخ ومحل امضاء |

|  |
| --- |
| فرم شماره 2  **احراز سکونت** |
| تاییدیه مرکز سلامت :  به این وسیله ، بومی بودن و سکونت آقای / خانم .......................................................فرزند  .........................با کد ملی ................................ و شماره خانوار ......................  از تاریخ ...................................لغایت ...................................مورد تایید می باشد .  مهر و امضای رییس مرکز سلامت  : |