|  |
| --- |
| فرم شماره 1**تقاضای ثبت نام برای اشتغال در رشته .............................. محل .................................** |
| الف ) مشخصات شخصي- شناسنامه ايمحل الصاق عكسنام : 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 خانوادگيتاريخ 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 : |