

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 : 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 ووظیفه 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:

اینجانبکلیه 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 / خانم فرزند با کد ملی

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

مهر و امضای رییس مرکز سلامت

مهر و امضای بهورز خانه بهداشت /مراقب سلامت پایگاه

: