

**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 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 ..... لغایت ..... مورد تایید می باشد .

مهر و امضای رییس مرکز بهداشت شهرستان

مهر و امضای مرکز خدمات جامع سلامت

: