

فرم شماره ۱

تقاضای ثبت نام برای اشتغال در رشته محل

الف (مشخصات شخصی - شناسنامه ای

محل الصاق
عکس

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

جنسیت : دین: مذهب:

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 ۲۲٪ 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 و مدارک ارائه شده را تأیید می نمایم. در صورت مغایرت و مشخص شدن عدم صحت شرایط و مدارک ارائه شده توسط اینجانب، شبکه بهداشت و درمان در هر مرحله از آزمون یا حتی بعد از استخدام مخیر به کن لم یکن نمودن درخواست اینجانب بوده و حق هیچ گونه اعتراضی را نخواهم داشت.

نام نام خانوادگی

تاریخ و محل امضاء

فرم شماره ۲

احراز سکونت

تاییدیه مرکز سلامت :

بدینوسیله، بومی بودن و سکونت آقای / خانم..... فرزند..... با کد ملی.....

و شماره خانوار..... در مرکز خدمات جامع سلامت

از تاریخ..... لغایت..... مورد تایید می باشد.

مهر و امضای رئیس مرکز سلامت