

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 : 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 و 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 هر یک 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 رئیس مرکز سلامت

: