

برگ درخواست شغل بیهودگی از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

۱- نام خانوادگی:			
۲- نام :			
۳- نام پدر:			
۴- جنسیت : <input type="checkbox"/> ۱- مرد <input checked="" type="checkbox"/> ۲- زن			
۵- تاریخ تولد : روز ماه سال			
۶- محل تولد: استان : شهرستان : بخش: روستا :			
۷- شماره شناسنامه:	۸- کد ملی:	۹- محل صدور شناسنامه:	
۱۰- دین: <input type="checkbox"/> ۱- وضعیت تأهل: ۱- متاهل <input checked="" type="checkbox"/> ۲- مجرد	۱۱- وضعیت نظام وظیفه:		
۱۲- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> (مدت خدمت ضرورت ماه سال) ۱۳- نوع سهمیه: <input type="checkbox"/> سهمیه ایثارگران <input checked="" type="checkbox"/> سهمیه آزاد	۱- در صد جانباز در صد جانبازی در صد		
۱۴- وضعیت ایثارگری: ۱- روزمند (به مدت ۹ ماه متوالی یا ۱۲ ماه متناوب) مدت حضور در جبهه: روز ماه سال ۲- آزاده مدت اسارت: روز ماه سال ۳- خانواده معظم شهدا <input type="checkbox"/> مفقودین <input type="checkbox"/> جانبازان از کار افتاده کلی غیر قادر به انجام کار <input type="checkbox"/> اسراء <input type="checkbox"/> نسبت ۴- فرزند شهید <input type="checkbox"/> فرزند جانباز ۲۵ درصد بالاتر <input type="checkbox"/> در صد جانبازی پدر در صد ۵- فرزند جانباز زیر ۲۵ درصد	۲- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/>		
۱۵- آخرین مدرک تحصیلی: دیپلم <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> کاردانی <input type="checkbox"/> رشته تحصیلی:	۱۶- گرایش تحصیلی: <input type="checkbox"/> معلم: استان محل تحصیل: ۱۷- دانشگاه محل تحصیل: ۱۸- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی:/...../..... ۱۹- محل اخذ دیپلم: ۲۰- محل جغرافیایی شغل بیهودگی مورد تقاضا (فقط روستایی انتخاب شود که فرد متقاضی بومی آن روستا باشد) ۲۱- محل جغرافیایی انجام طرح برای مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان که در حین انجام تعهدات قانونی هستند . محل خدمت ۲۲- نشانی کامل محل سکونت: استان شهرستان روستا خیابان کوچه پلاک کد پستی شماره تلفن ثابت شماره تلفن همراه ۲۳- شماره تلفن برای تماس ضروری:		
۲۴- اینجانب متقاضی شرکت در آزمون استخدام پیمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی ، متن آگهی را با دقت و به طور کامل مطالعه و سپس تقاضای فوق را تکمیل نموده ام و مسئولیت صحبت کلیه مندرجات آن را به عهده می گیرم . در صورت اثبات خلاف اظهارات این جانب در هر مقطع زمانی (قبل و بعد از اشتغال) هر گونه حقی را برای استخدام در آن دستگاه از خود سلب می نمایم . امضاء و اثر انگشت متقاضی: تاریخ تنظیم فرم:			