

فرم احراز سکونت

۱-مشخصات فردی:

۱-نام:	۲-نام و نام خانوادگی:		
۳-نام پدر:	۴-شماره شناسنامه:		
۵-شماره ملی:	۶-جنسیت:		
۷-تاریخ تولد:		۸- محل تولد:	
۹-وضعیت خدمت نظام وظیفه: پایان خدمت <input checked="" type="checkbox"/> معاف <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>		۱۰-آخرین مدرک تحصیلی: دیپلم <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> کاردانی <input type="checkbox"/>	
۱۱-وضعیت تأهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input checked="" type="checkbox"/>		۱۲-تعداد افراد تحت تکفل:	
۱۳-نام و نام خانوادگی همسر:	۱۴-تحصیلات همسر:		
۱۵-شغل همسر:			
۱۶-نشانی کامل محل سکونت فعلی:			
۱۷-شماره تماس ثابت:			
۱۸-تلفن همراه:			
۱۹-شماره تماس در موقع ضروری:			
۲۰-اینجانب..... مسئولیت ناشی از عدم رعایت دقیق ضوابط و شرایط اعلام شده در متن آگهی را پذیرفته و چنانچه در هر یک از مراحل پذیرش، خلاف اطلاعات اعلام شده توسط اینجانب محرز شود، مراحل طی شده کان لم یکن تلقی و حتی در صورت شرکت در کلاسهای آموزشی ضمن قبول اخراج، معهده می گردم برابر تعهد اخذ شده موظف به پرداخت هزینه های مربوطه شوم و حتی در صورت لغو حکم استخدامی صادر شده، حق هر گونه اعتراضی را از خود سلب می نمایم.			
تاریخ و امضاء:			

۲-تائیدیه شورای اسلامی:

۲۲-بدینوسیله بومی بودن و سکونت خانم/آقای..... با کد ملی فرزند..... از تاریخ..... در روستای (اصلی/قمر) به نام مورد تأیید می باشد.			
نام و نام خانوادگی:			
نام و نام خانوادگی:	عضو شورای اسلامی روستا	عضو شورای اسلامی روستا	امضاء
رئیس شورای اسلامی روستا			امضاء
امضاء	امضاء	امضاء	

۳-تائیدیه خانه بهداشت، مرکز خدمات جامع سلامت مربوطه:

۲۳-بدینوسیله سکونت خانم/آقای..... با کد ملی..... فرزند..... به شماره خانوار..... از تاریخ..... لغایت..... در روستای (اصلی/قمر/همجوار) به نام مورد تأیید می باشد.			
نام و نام خانوادگی:			
نام و نام خانوادگی:	بهورز خانه بهداشت روستای	بهورز خانه بهداشت روستای	امضاء
مسئول مرکز بهداشتی درمانی.....	امضاء
مهر و امضاء	مهر و امضاء	مهر و امضاء	

۴-تاییدیه قیم بروسی کنندگان:

۲۴-بدینوسیله سکونت خانم/آقای..... با کد ملی..... فرزند..... به شماره لغایت..... در روستای (اصلی/قمر/همجوار) به نام مورد تأیید می باشد.			
نام و نام خانوادگی.....	نام و نام خانوادگی.....	نام و نام خانوادگی.....	نام و نام خانوادگی.....
مسئول گسترش شهرستان..... مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان.....	مسئول حراست شهرستان.....	مدیر آموزش بهوزی.....	مدیر مرکز آموزش بهوزی.....
مهر و امضاء	مهر و امضاء	مهر و امضاء	مهر و امضاء