

فرم درخواست شغل جذب نیروی شرکتی حجمی

محل الصاق

عکس

در این قسمت چیزی ننویسید

| | | | |
|---|--|--|--|
| ۱- نام خانوادگی : | | ۲- نام : | |
| ۳- نام پدر : | | ۴- جنس : ۱- مرد <input type="checkbox"/> ۲- زن <input type="checkbox"/> | |
| ۵- تاریخ تولد : روز ماه سال | | ۶- محل تولد : استان : شهرستان : بخش : | |
| ۷- محل سکونت فعلی : شهرستان : بخش : | | ۸- شماره شناسنامه : | |
| ۹- شماره ملی : | | ۱۰- محل صدور شناسنامه : | |
| ۱۱- دین : | | ۱۲- وضعیت تأهل : متأهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> تعداد فرزند <input type="checkbox"/> | |
| ۱۳- وضعیت نظام وظیفه : ۱- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> ۲- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/> | | | |
| ۱۴- وضعیت ایثارگری : | | | |
| ۱- فرزند و برادر شهید <input type="checkbox"/> فرزند شهید <input type="checkbox"/> برادر شهید <input type="checkbox"/> | | | |
| ۲- فرزند جانبازان ۲۵٪ و بالاتر : بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | | | |
| ۳- فرزند آزادگان بالای یکسال اسارت : بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | | | |
| ۴- فرزند رزمنده دارای سابقه حداقل شش ماه حضور در جبهه : بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | | | |
| ۵- فرزند جانبازان زیر ۲۵٪ و آزادگان زیر یکسال اسارت : فرزند جانباز <input type="checkbox"/> فرزند آزاده <input type="checkbox"/> | | | |
| ۱۵- سهمیه ها : ۱- سهمیه آزاد <input type="checkbox"/> ۲- فرزند شهید <input type="checkbox"/> ۳- فرزند جانباز بالای ۲۵٪ <input type="checkbox"/> ۴- فرزند جانباز زیر ۲۵٪ <input type="checkbox"/> ۵- برادر شهید <input type="checkbox"/> | | | |
| سهمیه معلولین <input type="checkbox"/> | | | |
| ۱۶- مدرک تحصیلی : پایان سوم راهنمایی <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> فوق دیپلم <input type="checkbox"/> لیسانس <input type="checkbox"/> فوق لیسانس <input type="checkbox"/> | | | |
| ۱۷- رشته تحصیلی : | | استان محل تحصیل : | |
| ۱۸- تاریخ اخذ مدرک تحصیلی : / / | | ۱۹- محل اخذ دیپلم : | |
| ۲۰- شغل مورد درخواست : (فقط یک شغل) | | ۲۱- محل جغرافیایی مورد تقاضا (فقط یک محل) : | |
| ۲۲- نشانی کامل : محل سکونت : استان : شهرستان : شهر / روستا : خیابان : | | | |
| کوچه : ساختمان : طبقه : واحد : پلاک : | | | |
| کدپستی : شماره تلفن ثابت : کد شهر : | | | |
| شماره تلفن همراه : شماره تلفن همراه ضروری : | | | |
| ۲۳- شماره تلفن برای تماس ضروری : | | | |
| اینجانب متقاضی شرکت در آزمون جذب نیروی شرکتی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر متن آگهی مربوطه را با دقت و به طور کامل مطالعه و سپس تقاضای فوق را تکمیل نموده ام و مسئولیت صحت کلیه مندرجات آن را به عهده می گیرم . در صورت اثبات خلاف اظهارات اینجانب در هر مقطع زمانی (قبل و بعد از اشتغال) هرگونه حقی را برای جذب در آن شرکت از خود سلب می نمایم . | | | |
| ۲۴- تاریخ تنظیم فرم : | | امضاء و اثر انگشت متقاضی | |