



محل الصاق
عکس

فرم اطلاعات فردی آزمون استخدام پیمانی آبان ۹۵ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش

پس از تکمیل این فرم همراه سایر مدارک ارسال نمایید



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- شماره شناسنامه :		۸- شماره ملی:	
۹- محل صدور شناسنامه:			
۱۰- دین :		۱۱- وضعیت تأهل: متأهل <input type="checkbox"/> ۲- مجرد <input type="checkbox"/>	
۱۲- وضعیت نظام وظیفه :		۱- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> ۲- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/>	
۱۳- وضعیت ایثارگری بجا توجه به ثبت نام اینترنتی در سامانه سازمان سنجش تکمیل نمایید. در صورتی که مشمول هرکدام از ایندها ی نیل می گردید گواهی می بایستی به همراه مدارک ارسال نمایید			
درصد جانیاز درصد			
۱- <input type="checkbox"/> جانیاز		مدت حضور درجهبه : روز ماه سال	
۲- <input type="checkbox"/> رزمنده		(برای حداقل ۶ ماه حضور داوطلبانه درجهبه)	
۳- <input type="checkbox"/> آزاده		مدت اسارت : روز ماه سال	
۴- فرزند و همسر شهداء:		<input type="checkbox"/> فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	
۵- فرزند و همسر جانیازان ۲۵٪ و بالاتر:		<input type="checkbox"/> فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	
۶- فرزند و همسر آزادگان بالای یکسال اسارت:		<input type="checkbox"/> فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	
۷- فرزند و همسر رزمنده دارای سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه درجهبه:		<input type="checkbox"/> فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	
۸- فرزند جانیازان زیر ۲۵٪ و آزادگان زیر یکسال اسارت :		<input type="checkbox"/> فرزند جانیاز <input type="checkbox"/> فرزند آزاده <input type="checkbox"/>	
۹- خواهر و برادر شهداء: خواهر <input type="checkbox"/> برادر <input type="checkbox"/>			
۱۰- فرزند ایثارگر (شهید، جانیاز بیست و پنج درصد (۲۵٪) و بالاتر، آزاده، اسیر و مفقودالثر) یا زینت شده مراکز تابعه دانشگاه/دانشکده <input type="checkbox"/>			
۱۴- سایر موارد : ۱- سهمیه آزاد <input type="checkbox"/> ۲- معلولین عادی <input type="checkbox"/> ۳- افراد بومی محل مورد تقاضا (شهرستان) <input type="checkbox"/> ۴- افراد بومی استان <input type="checkbox"/>			
۵- مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان <input type="checkbox"/> (مدت خدمت روز ماه سال) ۶- افراد غیر بومی <input type="checkbox"/> ۷- مشمولین خدمت پزشکان و پیرایشکان که خدمت مازاد را اختیاری انجام می دهند <input type="checkbox"/>			
۱۵- آخرین مدرک تحصیلی: دیپلم بهیاری <input type="checkbox"/> کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> دکتری <input type="checkbox"/>			
۱۶- رشته تحصیلی :		گرایش تحصیلی : معدل :	
۱۷- دانشگاه محل تحصیل :		استان محل تحصیل :	
۱۸- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی : / / ۱۳		۱۹- محل اخذ دیپلم بهیاری :	
۲۰- شغل مورد درخواست (با توجه به کارنامه قبلی):		فقط یک شغل	
۲۱- محل جغرافیایی مورد تقاضا (فقط یک محل)			
۲۲- محل جغرافیایی انجام طرح برای مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان که درجین انجام تعهدات قانونی هستند محل خدمت			
۲۳- آیا کارمند قراردادی دانشگاه علوم پزشکی شیراز می باشید؟ تاریخ استخدام قراردادی			
۲۴- نشانی کامل : محل سکونت : استان شهرستان شماره تلفن ثابت کویچه پلاک کدپستی شماره تلفن همراه			
۲۵- شماره تلفن برای تماس ضروری :			
اینجانب متقاضی شرکت در آزمون پیمانی دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش 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) هر گونه حقی را برای جذب در آن دستگاه از خود سلب می نمایم			
۲۵- تاریخ تنظیم فرم :		امضاء و اثر انگشت متقاضی	