

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: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>			
۳- فرزند آزادگان بالای یکسال اسارت: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>			
۴- فرزند رزمنده دارای سابقه حداقل شش ماه حضور و طلبانه در جبهه: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>			
۵- فرزند جانبازان زیر ۲۵٪ و آزادگان زیر یکسال اسارت: <input type="checkbox"/> 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"/>			
۱۶- مدرک تحصیلی: <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/>			
۱۷- رشته تحصیلی:		استان محل تحصیل:	
۱۸- تاریخ اخذ مدرک تحصیلی: / /		۱۹- محل اخذ دیپلم:	
۲۰- شغل مورد درخواست:		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 متصدی خدمات عمومی شرکتی مرکز آموزشی درمانی شهدای خلیج فارس 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	