

محل الصاق
عکس

برگ درخواست شغل شرکتی آوا سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر

1- نام خانوادگی:		2- نام:	
3- نام پدر:		4- جنس: 1- مرد <input type="checkbox"/> 2- زن <input type="checkbox"/>	
5- تاریخ تولد: روز ماه سال		6- محل تولد: استان: شهرستان: بخش:	
7- محل سکونت فعلی: شهرستان: بخش:		8- شماره شناسنامه:	
9- شماره ملی:		10- محل صدور شناسنامه:	
11- دین:		12- وضعیت تأهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>	
13- وضعیت نظام وظیفه: 1- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> 2- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/>			
14- وضعیت اینترگری:			
1- <input type="checkbox"/> جانباز درصد جانبازی..... درصد			
2- <input type="checkbox"/> رزمنده (برای حداقل 6 ماه حضور داوطلبانه در جبهه) مدت حضور در جبهه: روز ماه سال			
3- <input type="checkbox"/> آزاده مدت اسارت: روز ماه سال			
4- <input type="checkbox"/> فرزند و همسر شهداء: <input type="checkbox"/> فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
5- <input type="checkbox"/> فرزند و همسر جانبازان 25٪ و بالاتر: <input type="checkbox"/> فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
6- <input type="checkbox"/> فرزند و همسر آزادگان بالای یکسال اسارت: <input type="checkbox"/> فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
7- <input type="checkbox"/> خواهر و برادر شهداء: <input type="checkbox"/> خواهر <input type="checkbox"/> برادر <input type="checkbox"/>			
8- <input type="checkbox"/> فرزند اینترگر (شهید، جانباز بیست و پنج درصد (25٪) و بالاتر، آزاده، اسیر و مفقودالثر) <input type="checkbox"/>			
9- <input type="checkbox"/> سهمیه ها: 1- سهمیه آزاد <input type="checkbox"/> 2- بومی <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> فرزند و همسر شهداء <input type="checkbox"/> 4- <input type="checkbox"/> فرزند و همسر جانباز بالای 25٪ <input type="checkbox"/> 5- <input type="checkbox"/> خواهر و برادر شهداء: <input type="checkbox"/> خواهر <input type="checkbox"/> برادر <input type="checkbox"/>			
10- آخرین مدرک تحصیلی:			
11- رشته تحصیلی:		معدل:	
12- استان محل تحصیل:			
13- محل اخذ مدرک.....:		14- تاریخ اخذ مدرک تحصیلی.....: / / 13	
15- شغل مورد درخواست:		16- محل جغرافیایی مورد تقاضا (فقط یک محل)	
17- نشانی کامل: محل سکونت: استان..... شهرستان..... خیابان..... کوچه..... پلاک..... کدپستی..... شماره تلفن ثابت..... کد شهر..... شماره تلفن همراه.....			
18- شماره تلفن برای تماس ضروری:			
اینجانب..... متقاضی شرکت در آزمون شرکتی آوا سلامت 1403 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی 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) هر گونه حقی را برای جذب در آن شرکت از خود سلب می نمایم.			
25- تاریخ تنظیم فرم:		امضاء و اثر انگشت متقاضی	