|  |
| --- |
| برگ درخواست استخدام قراردادی پزشک خانواده |

|  |
| --- |
| **1- اطلاعات شخصي:** |
| نام و نام خانوادگي: | نام پدر:  | شماره شناسنامه :  | تاريخ تولد : / / 13  |
| كد ملي: | تاريخ و محل صدور شناسنامه‌: | محل تولد: استان: شهرستان: بخش: | دين (مذهب) : |
| **وضعيت تاهل:** مجرد ○ متاهل○ تعداد فرزندان : | مليت: |
| **سلامت وضعيت روحي و جسماني** ○بلي ○خيردرصورت خيرتوضيح دهيد: |
| **2- خدمت نظام وظيفه:** ○ انجام داده ○معاف از خدمت : ذكر نوع وعلت معافيت:  |
| **3- مدرک تحصيلي:** |
| مدرك تحصيلي | رشته تحصيلي | معدل كل | تاريخ شروع | تاريخ پايان | نام مؤسسه آموزشي | شهر - كشور |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **4- تجربيات شغلي:** |
| نام سازمان يا شركت(به ترتيب از آخرين سابقه) | سمت / شرح شغل | مدت سابقه | تاريخ شروع | تاريخ پايان | آخرين حقوق و مزايا/ريال | علت ترك خدمت |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **5-سهمیه ثبت نامی: بومی** ○ **آزاد** ○ **ایثارگری 5 درصد** ○ **ایثارگری25درصد** ○ **معلولیت** ○ |
| **6-آيا داراي سابقه پرداخت حق بيمه هستيد؟** در صورت مثبت بودن چند سال؟ |
| **7- آدرس محل سكونت:** |
| آدرس محل سكونت : **تلفن همراه :**  تلفن ثابت:  |
| **بدينوسيله صحت كليه اطالاعات مندرج در اين فرم را تأييد و گواهي مي نمايم.**نام و نام خانوادگي : امضاء و تاريخ: توجه :‌تكميل نمودن اين فرم هيچگونه تعهدي در قبال استخدام شما ايجاد نمي نمايد.  |