

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:	
۸- شماره شناسنامه:		۷- محل سکونت فعلی: شهرستان: بخش:	
۹- شماره ملی:		۱۰- محل صدور شناسنامه:	
۱۱- دین:		۱۲- وضعیت تأهل: متأهل <input type="checkbox"/> مجرد <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 اینارگری:			
۱- جانباز <input type="checkbox"/> درصد جانبازی ..... درصد			
۲- رزمنده <input type="checkbox"/> (برای حداقل ۶ ماه حضور داوطلبانه درجهه) مدت حضور درجهه: روز ماه سال			
۳- آزاده <input type="checkbox"/> مدت اسارت: روز ماه سال			
۴- فرزند و همسر شهداء: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
۵- فرزند و همسر جانبازان ۲۵٪ و بالاتر: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
۶- فرزند و همسر آزادگان بالای یکسال اسارت: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
۷- فرزند و همسر رزمنده دارای سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه درجهه: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
۸- فرزند جانبازان زیر ۲۵٪ و آزادگان زیر یکسال اسارت: فرزند جانباز <input type="checkbox"/> فرزند آزاده <input type="checkbox"/>			
۹- خواهر و برادر شهید: خواهر <input type="checkbox"/> برادر <input type="checkbox"/>			
۱۰- فرزند اینارگر (شهید، جانباز بیست و پنج درصد (۲۵٪) و بالاتر، آزاده، اسیر و مفقودالثر) بازنشسته مراکز تابعه دانشگاه/دانشکده <input type="checkbox"/>			
۱۵- سهمیه ها: ۱- سهمیه آزاد <input type="checkbox"/> ۲- افراد بومی محل مورد تقاضا <input type="checkbox"/> ۳- افراد بومی استان <input type="checkbox"/> ۴- فرزند پرسنل شاغل یا بازنشسته دانشگاه <input type="checkbox"/> ۷- مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان (مدت خدمت ..... روز ..... ماه ..... سال) ۸- افراد غیر بومی <input type="checkbox"/> ۹- مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان که خدمت مازاد را اختیاری انجام می دهند <input type="checkbox"/> ۱۰- فرزند و همسر شهداء <input type="checkbox"/> ۱۱- فرزند و همسر جانباز بالای ۲۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۲- فرزند و همسر جانباز زیر ۲۵٪ <input type="checkbox"/>			
۱۶- آخرین مدرک تحصیلی: دیپلم بهیاری <input type="checkbox"/> کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/>			
۱۷- رشته تحصیلی:		گرایش تحصیلی: معدل:	
۱۸- دانشگاه محل تحصیل:		استان محل تحصیل:	
۱۹- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی: / / ۱۳		۲۰- محل اخذ دیپلم بهیاری:	
۲۱- شغل مورد درخواست:		محل جغرافیایی مورد تقاضا (فقط یک محل) (فقط یک شغل)	
۲۳- محل جغرافیایی انجام طرح برای مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان که در حین انجام تعهدات قانونی هستند محل خدمت .....			
۲۴- نشانی کامل: محل سکونت: استان: شهرستان: خیابان: کوچه: پلاک: کدپستی: شماره تلفن ثابت: کد شهر: شماره تلفن همراه: .....			
۲۵- شماره تلفن برای تماس ضروری:			
اینجانب ..... متقاضی شرکت در آزمون شرکتی 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.			
۲۶- تاریخ تنظیم فرم:		امضاء و اثر انگشت متقاضی	