



فرم شرکت در آزمون جذب قراردادی بیمه روستایی
کارشناس سلامت روان و کارشناس تغذیه - اسفند ۱۴۰۲

۱- اطلاعات شخصی:

نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره شناسنامه:	تاریخ تولد: / / ۱۳
کد ملی:	تاریخ و محل صدور شناسنامه:	محل تولد:	
دین (مذهب):	ملیت:	وضعیت تاهل: مجرد <input type="radio"/> - متاهل <input type="radio"/>	

در صورت تاهل و داشتن فرزند، تعداد فرزندان ذکر شود:

سلامت وضعیت روحی و جسمانی بلی - خیر در صورت خیر توضیح دهید:

۲- خدمت نظام وظیفه: پایان خدمت (از تاریخ الی) - معاف دائم - معاف موقت علت معافیت:

۳- سوابق تحصیلی و آموزشی:

مدرك تحصیلی (به ترتیب آخرین مدرک)	رشته تحصیلی	معدل کل	تاریخ شروع	تاریخ پایان	نام موسسه / دانشکده	شهر محل تحصیل

۴- در صورت گذراندن دوره طرح جدول زیر تکمیل شود:

شهر محل خدمت	مرکز محل خدمت	سمت	تاریخ شروع طرح	تاریخ پایان طرح	توضیحات

۵- نوع سهمیه انتخابی جهت شرکت در آزمون:

سهمیه ۲۵٪ سهمیه ۵٪ سهمیه معلولین سهمیه بومی سهمیه آزاد

۶- تعیین محل خدمت جهت شرکت در آزمون:

هر داوطلب حداکثر می تواند از بین مراکز معرفی شده، دو مرکز را جهت شرکت در آزمون به عنوان اولویت اول و دوم انتخاب نماید.

اولویت اول: شهرستان مرکز خدمات جامع سلامت

اولویت دوم: شهرستان مرکز خدمات جامع سلامت

در صورت عدم تکمیل ظرفیت سایر مراکز، داوطلب تمایل به انتخاب مرکز دیگری توسط دانشگاه را دارد؟ بلی خیر

۷- اکنون مشغول به کار / تحصیل هستید؟ بلی خیر در صورت بلی دولتی / خصوصی نام ببرید:

۸- آدرس محل سکونت: استان: شهرستان: روستا/شهر: خیابان: کوچه:
کدپستی: پلاک: تلفن تماس: تلفن همراه شخص متقاضی:

بدینوسیله صحت کلیه اطلاعات مندرج در این فرم را تأیید و گواهی می نمایم.

نام و نام خانوادگی: امضاء و تاریخ:

توجه: تکمیل نمودن این فرم هی چگونه تعهدی در قبال استخدام شما ایجاد نمی نماید.

بررسی و تأیید کننده مدارک: نام و نام خانوادگی: تاریخ بررسی فرم: ناقص کامل