



فرم شرکت در آزمون جذب قراردادی بیمه روستایی کارشناس سلامت روان و کارشناس تغذیه - آبان ۱۴۰۳

1- اطلاعات شخصی :

نام و نام خانوادگی :	نام پدر:	شماره شناسنامه :	تاریخ تولد: / / 13
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 :

2 - خدمت نظام وظیفه: پایان خدمت (از تاریخ الي) - معاف دائم - معاف موقت علت معافیت.....

3- سوابق تحصیلی و آموزشی :

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

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

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

5- نوع سهمیه انتخابی جهت شرکت در آزمون:

سهمیه 25%
 سهمیه 5%
 سهمیه معلولین
 سهمیه بومی
 سهمیه آزاد

6- تعیین محل خدمت جهت شرکت در آزمون :

هر داوطلب حداکثر می تواند از بین مراکز معرفی شده، یک مرکز با توجه به نوع سهمیه (آزاد / ایثارگری) جهت شرکت در آزمون انتخاب نماید.

شهرستان مرکز خدمات جامع سلامت

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

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

8- 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 تایید و گواهی می نمایم.

امضاء و تاریخ:

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

کامل ناقص

تاریخ بررسی فرم:

نام و نام خانوادگی:

بررسی و تایید کننده مدارک: