

بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

فرم درخواست شغل

الف) مشخصات شخصی

- ۱- نام خانوادگی:
- ۲- نام:
- ۳- نام پدر:
- ۴- جنس: مرد زن
- ۵- تاریخ تولد: ۱۳ / /
- ۶- محل تولد:
- ۷- شماره شناسنامه:
- ۸- کد ملی:
- ۹- محل صدور شناسنامه:
- ۱۰- دین: مذهب:
- ۱۱- وضعیت تأهل: متاهل مجرد
- ۱۲- وضعیت نظام وظیفه: دارای کارت پایان خدمت دارای معافیت قانونی دائم

ب) اولویت و امتیازات:

- ۱۳- وضعیت ایثارگری:
- ۱۳-۱- جانباز درصد جانبازی:
- ۱۳-۲- رزمنده مدت حضور در جبهه: روز و ماه و سال
- ۱۳-۳- آزاده مدت اسارت: روز و ماه و سال
- ۱۳-۴- خانواده معظم: شهداء مفقودین جانبازان از کار افتادگی کلی غیرقادر به انجام کار اسرا نسبت:
- ۱۳-۵- فرزند شهید
- ۱۳-۶- فرزند جانباز درصد جانبازی پدر:
- ۱۴- سایر موارد:
- ۱۴-۱- سهمیه آزاد
- ۱۴-۲- معلولین عادی
- ۱۴-۳- افراد بومی
- ۱۴-۴- مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان (مدت خدمت: روز و ماه و سال)
- تاریخ شروع: ۱۳ / / تاریخ پایان: ۱۳ / /

ج) مشخصات تحصیلی:

۱۵- آخرین مدرک تحصیلی: []
۱۶- رشته تحصیلی: []
معدل: []
۱۷- دانشگاه محل تحصیل: []
استان محل تحصیل: []
۱۸- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی: ۱۳ / /

۱۹- محل جغرافیایی شغل مورد درخواست:

اولویت اول: []
اولویت دوم: []
اولویت سوم: []

۲۰- نشانی کامل:

استان: [] شهرستان: []
خیابان: [] کوچه: []
پلاک: [] کد پستی: []
شماره تلفن ثابت: [] کد شهرستان: []
تلفن همراه: [] شماره تلفن برای تماس ضروری: []

اینجانب
فرزند
شماره ملی
دانش آموخته رشته
مقطع
متقاضی اشتغال به کار در یکی از واحدهای تابعه دانشگاه بوده و در صحت و سلامت کامل
اعلام می دارم که از عدم التزام دانشگاه علوم پزشکی اصفهان جهت بکارگیری اینجانب مطلع بوده و حق هر گونه اعتراض
را از خود سلب می نمایم.

نام و نام خانوادگی:

امضاء و اثر انگشت