

بسمه تعالی

"فرم استشهاد محل سکونت جهت شرکت در آزمون جذب نیروی قراردادی پزشک خانواده"

اینجانب فرزند کد ملی از مطلعین و معتمدین محل تقاضا دارم که شهرستان محل سکونت فعلی و مدت سکونت اینجانب را گواهی نمایند.

با تشکر

امضاء و اثر انگشت

اینجانبان امضا کنندگان ذیل گواهی می نمایم که نامبرده بالا در حال حاضر در بخش شهرستان ساکن بوده و مدت سال ماه نیز در این شهرستان سکونت داشته است.

اینجانب به کد ملی صحت مراتب فوق را گواهی می نمایم. امضاء و اثر انگشت

اینجانب به کد ملی صحت مراتب فوق را گواهی می نمایم. امضاء و اثر انگشت

اینجانب به کد ملی صحت مراتب فوق را گواهی می نمایم. امضاء و اثر انگشت

این قسمت توسط نیروی انتظامی (پاسگاه یا کلانتری محل) تکمیل گردد.

موارد فوق مورد تأیید این می باشد.

محل مهر - امضاء

پاسگاه یا کلانتری محل

برگ درخواست استخدام قراردادی پزشک خانواده

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):
وضعیت تاهل: ☐ مجرد ☐ متاهل		تعداد فرزندان:	ملیت:
سلامت وضعیت روحی و جسمانی ☐ بلی ☐ خیر		در صورت خیر توضیح دهید:	

۲- خدمت نظام وظیفه: ☐ انجام داده ☐ معاف از خدمت : ذکر نوع و علت معافیت:

۳- مدرک تحصیلی:

مدرک تحصیلی	رشته تحصیلی	معدل کل	تاریخ شروع	تاریخ پایان	نام مؤسسه آموزشی	شهر - کشور

۴- تجربیات شغلی:

نام سازمان یا شرکت (به ترتیب از آخرین سابقه)	سمت / شرح شغل	مدت سابقه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	آخرین حقوق و مزایا/ایال	علت ترک خدمت

۵- سهمیه ثبت نامی: ☐ بومی ☐ آزاد ☐ ایثارگری ۵ درصد ☐ ایثارگری ۲۵ درصد ☐ معلولیت

۶- آیا دارای سابقه پرداخت حق بیمه هستید؟ در صورت مثبت بودن چند سال؟

۷- آدرس محل سکونت:

آدرس محل سکونت: تلفن همراه: تلفن ثابت:

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 هیچگونه تعهدی در قبال استخدام شما ایجاد نمی نماید.