

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: / /
- 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
- ۱۳-۲- رزمنده
- ۱۳-۳- آزاده
- ۱۳-۴- خانواده معظم: شهدا مفقودین
- جانبازان از کار افتادگی کلی غیرقادر به انجام کار اسرا نسبت:
- ۱۳-۵- فرزند شهید
- ۱۳-۶- فرزند جانباز
- 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: / / تاریخ پایان: / /

ج) مشخصات تحصیلی:

- ۱۵- آخرین مدرک تحصیلی:
- ۱۶- رشته تحصیلی:
- گرایش 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: کدپستی:

شماره تلفن ثابت: کد شهرستان:

تلفن همراه: شماره تلفن برای تماس ضروری:

اینجانب فرزندی شماره ملی دانش آموخته رشته مقطع 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 هرگونه اعتراض را از خود سلب می نمایم.

نام و نام خانوادگی:

امضاء و اثر انگشت