

فرم استشهاد محل سکونت جهت شرکت در آزمون پذیرش نیرو در قالب برنامه پزشک خانواده - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

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

با تشکر

امضا و اثر انگشت

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

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

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

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

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

موارد فوق مورد تایید این می باشد.

محل مهر - امضا

پاسگاه یا کلانتری محل

تذکرات مهم:

- تکمیل این فرم برای تمامی داوطلبان بومی شهرستان که متقاضی استفاده از اولویت استخدام به لحاظ ساکن بومی با سابقه حداقل ده سال سکونت می باشد، الزامی است.
- داوطلبان بومی شهرستان که دارای سوابق تحصیلی در مقاطع ابتدایی، راهنمایی و یا دبیرستان در شهرستان مورد تقاضا باشند، با تایید اداره آموزش و پرورش شهرستان مربوطه، صرفاً می توانند از آن برای احراز تمام و یا قسمتی از سوابق ده سال سکونت در شهرستان مورد تقاضا بهره مند گردند و تکمیل این فرم برای احراز سکونت فعلی آنان در شهرستان مورد نظر الزامی است.