



### برگ در خواست شغل از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

1- نام خانوادگی:		2- نام:	
3- نام پدر:		4- جنس: 1- مرد * 2- زن *	
5- تاریخ تولد: روز ..... ماه ..... سال .....		6- محل تولد: استان: ..... شهرستان: ..... بخش: .....	
7- شماره شناسنامه:		8- کد ملی:	
9- محل صدور شناسنامه:		10- دین:	
11- وضعیت تاهل: 1- متاهل * 2- مجرد *		12- وضعیت نظام وظیفه: 1- دارای کارت پایان خدمت * 2- دارای معافیت قانونی دائم *	
13- وضعیت ایثارگری:			
1- * جانباز درصد جانبازی ..... درصد			
2- * رزمنده (به مدت 9 ماه متوالی یا 12 ماه متناوب) مدت حضور در جبهه: روز ماه سال			
3- * آزاده مدت اسارت: روز ماه سال			
4- خانواده معظم: شهدا * مفقودین * جانبازان از کار افتاده کلی غیرقادر به انجام کار * آزادگان * نسبت .....			
5- فرزند شهید * 6- فرزند جانباز 25 درصد و بالاتر * درصد جانبازی پدر ..... درصد			
14- سایر موارد 1- سهمیه آزاد * 2- معلولین عادی * 3- افراد بومی * 4- کارکنان قراردادی * (مدت سنوات قراردادی تا تاریخ انتشار آگهی سال: روز ..... ماه ..... سال ..... ) 5- مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان * (مدت خدمت ..... روز ..... ماه ..... سال .....)			
15- آخرین مدرک تحصیلی: دیپلم بهیاری * کاردانی * کارشناسی * کارشناسی ارشد * دکترای عمومی * دکترای تخصصی *			
16- رشته تحصیلی:		گرایش تحصیلی: معدل:	
17- دانشگاه محل تحصیل:		استان محل تحصیل:	
18- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی:		19- محل اخذ دیپلم بهیاری: .....	
20- شغل مورد در خواست (فقط یک شغل): .....		21- محل جغرافیایی مورد تقاضا (فقط یک محل): .....	
22- محل جغرافیایی انجام طرح برای مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان که در حین انجام تعهدات قانونی هستند. محل خدمت .....			
23- نشانی کامل: محل سکونت: استان ..... شهرستان ..... خیابان .....			
کوچه ..... پلاک ..... کد پستی .....			
شماره تلفن ثابت ..... کد شهر ..... شماره تلفن همراه .....			
24- شماره تلفن برای تماس ضروری: .....			
اینجانب ..... متقاضی شرکت در آزمون استخدام پیمانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی متن آگهی مربوطه را با دقت و به طور کامل مطالعه و سپس تقاضای فوق را تکمیل نموده ام و مسئولیت صحت کلیه مندرجات آن را به عهده می گیرم. در صورت اثبات خلاف اظهارات اینجانب در هر مقطع زمانی (قبل و بعد از اشتغال) هرگونه حقی را برای استخدام در آن دستگاه از خود سلب می نمایم.			
25- تاریخ تنظیم فرم: .....			

امضاء و اثر انگشت متقاضی