

محل الصاق عکس	برگ درخواست شغل بهورزی از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر		
نام خانوادگی:		۱- نام خانوادگی:	
نام پدر:		۲- نام	
تاریخ تولد: روز ماه سال		۳- جنس: ۱- مرد <input type="checkbox"/> ۲- زن <input type="checkbox"/>	
شماره شناسنامه:		۴- محل تولد: استان: ..... شهرستان: ..... بخش: ..... روستا: .....	
وضعیت نظام وظیفه: ۱- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> (مدت خدمت ضرورت ماه ..... سال .....) ۲- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/>		۵- کد ملی: ۸- محل صدور شناسنامه: ۹- محل صدور شناسنامه:	
وضعیت ایثارگری:		۱۰- دین: مذهب: ۱۱- وضعیت تاهل: ۱- متاهل <input type="checkbox"/> ۲- مجرد <input type="checkbox"/>	
۱- جانباز <input type="checkbox"/> درصد جانبازی ..... درصد		۱۲- وضعیت نظام وظیفه: ۱- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> (مدت خدمت ضرورت ماه ..... سال .....) ۲- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/>	
۲- رزمنده (به مدت ۹ ماه متوالی یا ۱۲ ماه متناوب) مدت حضور در جبهه: روز ..... ماه ..... سال .....		۱۳- وضعیت ایثارگری:	
۳- آزاده <input type="checkbox"/> مدت اسارت: روز ..... ماه ..... سال		۱- جانباز <input type="checkbox"/> درصد جانبازی ..... درصد	
۴- خانواده معظم شهدا <input type="checkbox"/> مفقودین <input type="checkbox"/> جانبازان از کار افتاده کلی غیر قادر به انجام کار <input type="checkbox"/> اسراء <input type="checkbox"/> نسبت: .....		۲- رزمنده (به مدت ۹ ماه متوالی یا ۱۲ ماه متناوب) مدت حضور در جبهه: روز ..... ماه ..... سال .....	
۵- فرزند شهید <input type="checkbox"/> ۶- فرزند جانباز ۲۵ درصد بالاتر <input type="checkbox"/> درصد جانبازی پدر درصد		۳- آزاد <input type="checkbox"/> ۲- معلولین عادی <input type="checkbox"/> ۳- افراد بومی <input type="checkbox"/>	
۴- مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان <input type="checkbox"/> (مدت خدمت ... روز ... ماه ... سال)		۴- مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان <input type="checkbox"/> (مدت خدمت ... روز ... ماه ... سال)	
۱۵- آخرین مدرک تحصیلی: دیپلم <input type="checkbox"/> کاردانی <input type="checkbox"/>		۱۴- سایر موارد ۱- سهمیه آزاد <input type="checkbox"/> ۲- معلولین عادی <input type="checkbox"/> ۳- افراد بومی <input type="checkbox"/>	
۱۶ رشته تحصیلی:		۱۶- آخرین مدرک تحصیلی: دیپلم <input type="checkbox"/> کاردانی <input type="checkbox"/>	
گرایش تحصیلی: معدل:		۱۷- رشته تحصیلی:	
استان محل تحصیل:		۱۸- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی: ...../...../۱۳	
۱۹- محل اخذ دیپلم: .....		۱۹- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی: ...../...../۱۳	
۲۰- محل جغرافیایی شغل بهورزی مورد تقاضا (فقط روستایی انتخاب شود که فرد متقاضی بومی آن روستا باشد).....			
۲۱- محل جغرافیایی انجام طرح برای مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان که در حین انجام تعهدات قانونی هستند. محل خدمت .....			
۲۲- نشانی کامل: محل سکونت: استان: ..... شهرستان: ..... روستا: ..... خیابان: ..... کوچه: ..... پلاک: ..... کد پستی: .....			
شماره تلفن ثابت: ..... کد روستا: ..... شماره تلفن همراه: .....			
۲۳- شماره تلفن برای تماس ضروری:			
اینجانب ..... متقاضی شرکت در آزمون قرارداد کار معین دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر متن آگهی 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) هر گونه حقی را برای استخدام در آن دستگاه از خود سلب می نمایم .			
امضاء و اثر انگشت متقاضی		۲۴- تاریخ تنظیم فرم:	