

برگ درخواست شغل تکنسین فوریتهای پزشکی بصورت خرید خدمات از طریق بخش خصوصی (شرکتی)

از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اردبیل

در این قسمت چیزی ننویسید

محل
الصاق
عکس

۱- نام خانوادگی:		۲- نام :	
۳- نام پدر:		۴- جنس : ۱- مرد ☐	
۵- تاریخ تولد: روز ماه سال		۶- محل تولد: استان: شهرستان: بخش:	
۷- شماره ملی :		۸- شماره شناسنامه : ۹- محل صدور شناسنامه:	
۱۰- دین: مذهب:		۱۱- وضعیت تأهل: ۱- متأهل ☐ ۲- مجرد ☐	
۱۲- وضعیت نظام وظیفه: ۱- دارای کارت پایان خدمت ☐ ۲- دارای معافیت قانونی دائم به جز معافیت پزشکی ☐			
۱۳- وضعیت ایثارگری:			
۱- جانباز ☐ درصد جانبازی درصد			
۲- رزمنده ☐ (برای حداقل ۶ ماه حضور داوطلبانه در جبهه) مدت حضور در جبهه: روز ماه سال			
۳- آزاده ☐ مدت اسارت : روز ماه سال			
۴- فرزند شهید: ☐ ۵- فرزند جانبازان ۲۵٪ و بالاتر ☐ ۶- فرزند آزادگان بالای یکسال اسارت ☐			
۷- فرزند رزمنده دارای سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه در جبهه: ☐ مدت حضور در جبهه(پدر): روز ماه سال			
۸- فرزند جانبازان زیر ۲۵٪ و آزادگان زیر یکسال اسارت: فرزند جانباز ☐ فرزند آزاده ☐			
۹- برادر شهید: ☐			
۱۴- اولویت بومی : ۱- افراد بومی شهرستان محل مورد تقاضا ☐ ۲- افراد بومی استان ☐ ۴- افراد غیر بومی ☐			
۱۵- آخرین مدرک تحصیلی: ☐ کارشناسی ☐			
۱۶- رشته تحصیلی:		گرایش تحصیلی: معدل:	
۱۷- دانشگاه محل تحصیل:		استان محل تحصیل:	
۱۸- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی: / / ۱۳			
۱۹- شغل مورد درخواست:		۲۰- محل جغرافیایی مورد تقاضا: (فقط یک محل)	
۲۱- وضعیت طرح خدمت پزشکان و پیراپزشکان ۱- پایان طرح ☐ ۲- معافیت از طرح ☐ محل جغرافیایی انجام طرح برای مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان (مدت خدمت:..... روز ماه سال)			
۲۲- نشانی کامل محل سکونت: استان..... شهرستان..... خیابان..... کوچه..... پلاک..... کد پستی..... شماره تلفن ثابت..... کد شهر..... شماره تلفن همراه.....			
۲۳- شماره تلفن برای تماس ضروری :			
اینجانب..... متقاضی شرکت در آزمون پذیرش نیروی درمانی در قالب خرید خدمات از طریق بخش خصوصی (شرکتی) دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اردبیل، متن آگهی مربوطه را با دقت و به طور کامل مطالعه و سپس برگ 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 جذب در آن دستگاه از خود سلب می نمایم.			
۲۴- تاریخ تنظیم فرم:		امضاء و اثر انگشت متقاضی	