

تقاضانامه ثبت نام آزمون استخدامی محلی سازمان تامین اجتماعی

سال ۱۳۹۸

اطلاعات فردی:

۱- نام:			۲- نام خانوادگی:		
۳- نام پدر:			۴- کدملی:		
۵- جنسیت: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد			۶- شماره شناسنامه:		
۷- وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متاهل			۸- تاریخ تولد:		
روز	ماه	سال			
۱۳					

۱-۸- مواردی که به حداکثر سن مقرر اضافه خواهد شد:

مشمول تبصره (۱) شرایط اختصاصی آگهی بشرح ذیل می باشم

* مدت خدمت سربازی:

روز	ماه	سال

* مدت انجام تعهدات قانونی در مورد پیراپزشکان:

روز	ماه	سال

* مدت سابقه اشتغال در واحدهای تابعه سازمان:

روز	ماه	سال

* مدت سابقه اشتغال در شرکت های ماموریتی و تکلیفی حسب مفاد آگهی:

روز	ماه	سال

* مدت سابقه اشتغال در کارگزاری های رسمی سازمان:

روز	ماه	سال

* مدت سابقه اشتغال در رشته بهداشتی و درمانی در بیمارستان های میلاد ، البرز و سایر مراکز درمانی حسب مفاد آگهی:

روز	ماه	سال

* مدت حضور داوطلبانه در جبهه های نبرد حق علیه باطل حداکثر به میزان مدت حضور:

روز	ماه	سال

* مدت زمان بستری شدن و یا استراحت پزشکی رزمندگان داوطلب در اثر مجروحیت در جبهه های نبرد حق علیه باطل حداکثر به میزان مدت زمان بستری:

روز	ماه	سال

* مدت اسارت در مورد داوطلبانی که در طول جنگ تحمیلی در اسارت دشمن بعثی و یا گروههای ضد انقلاب بوده اند حداکثر به میزان مدت اسارت:

روز	ماه	سال

* افراد خانواده شهداء ، آزادگان و جانبازان از کار افتاده کلی که قادر به کار نمی باشند و مفقود الاثرها حداکثر به مدت ۵ سال به شرح ذیل:

فرزند همسر پدر مادر برادر خواهر

۹- مشمول تبصره ۲ شرایط اختصاصی آگهی (معافیت سن و معدل) بشرح ذیل می باشد:

فرزند شهید می باشم . فرزند جانباز از کارافتاده کلی می باشم . فرزند آزاده از کار افتاده کلی می باشم

۱۰- استان محل تولد: ۱۱-شهرستان محل تولد:

۱۲-دین: اسلام کلیبی مسیحی زرتشتی ۱۳-داوطلب چه دست: هستم

۱۴-وضعیت نظام وظیفه: کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> تاریخ پایان خدمت:			۱۵- کارت معافیت دائم <input type="checkbox"/> تاریخ صدور کارت معافیت:		
روز	ماه	سال	روز	ماه	سال

۱۶- دارای معلولیت می باشم : نابینا کم بینا ناشنوا کم شنوا معلول جسمی حرکتی سایر.....

۱۶/۱- با توجه به نوع معلولیت: نیاز به منشی دارم نیاز به منشی ندارم

مشخصات تحصیلی و شغل مورد تقاضای داوطلب:

۱۷- مقطع تحصیلی: دیپلم فوق دیپلم لیسانس

۱۸- عنوان رشته تحصیلی در عنوان شغلی مورد تقاضا:

۱۹- تاریخ فراغت از تحصیل:			۲۰- معدل مدرک تحصیلی:		
روز	ماه	سال	ص	ع	ش

۲۱- عنوان شغلی مورد تقاضا:

اطلاعات تکمیلی:

۲۲- استان محل اقامت: شهرستان محل اقامت:

ادامه آدرس کامل پستی: کد پستی ده رقمی:

۲۳- شماره تلفن ثابت: کد شهرستان: شماره تلفن همراه:

۲۴- آدرس پست الکترونیکی (Email):

اینجانب داوطلب شرکت در آزمون استخدامی مدیریت درمان فرم تقاضا نامه را با مطالعه کامل و دقیق متن آگهی منتشره مورخ به ویژه تذکرات و توضیحات مهم آن تکمیل نموده و علم و آگاهی دارم در صورتیکه متعاقباً خلاف اظهاراتم اثبات شود، برابر بند (۴) قسمت "تذکرات" آگهی با اینجانب برخورد خواهد شد و بدینوسیله حق هرگونه اعتراض را از خود سلب می نمایم.

امضا و اثر انگشت