

بسمه تعالی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

فرم درخواست شغل

الف) مشخصات شخصی

- ۱- نام خانوادگی:
- ۲- نام:
- ۳- نام پدر:
- ۴- جنس: ☐ مرد ☐ زن
- ۵- تاریخ تولد: / /
- ۶- محل تولد:
- ۷- شماره شناسنامه:
- ۸- کد ملی:
- ۹- محل صدور شناسنامه:
- ۱۰- دین: مذهب:
- ۱۱- وضعیت تأهل: ☐ متاهل ☐ مجرد
- ۱۲- وضعیت نظام وظیفه: ☐ دارای کارت پایان خدمت ☐ دارای معافیت قانونی دائم

ب) اولویت و امتیازات:

۱۳- وضعیت ایثارگری:

- ۱۳-۱- ☐ جانباز درصد جانبازی:
- ۱۳-۲- ☐ رزمنده مدت حضور در جبهه: روز و ماه و سال
- ۱۳-۳- ☐ آزاده مدت اسارت: روز و ماه و سال
- ۱۳-۴- ☐ خانواده معظم شهداء ☐ معقودین ☐ جانبازان از کار افتادگی کلی غیرقادر به انجام کار ☐ اسرا ☐ نسبت:
- ۱۳-۵- ☐ فرزند شهید
- ۱۳-۶- ☐ فرزند جانباز درصد جانبازی پدر:

۱۴- سایر موارد:

- ۱۴-۱- ☐ سهمیه آزاد
- ۱۴-۲- ☐ معلولین عادی
- ۱۴-۳- ☐ افراد بومی
- ۱۴-۴- ☐ مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان (مدت خدمت: روز و ماه و سال)

تاریخ شروع: / / تاریخ پایان: / /

ج) مشخصات تحصیلی:

۱۵- آخرین مدرک تحصیلی:
۱۶- رشته تحصیلی:
گرایش تحصیلی:
معدل:
۱۷- دانشگاه محل تحصیل:
استان محل تحصیل:
۱۸- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی: ۱۳ / /

۱۹- محل جغرافیایی شغل مورد درخواست:

اولویت اول:
اولویت دوم:
اولویت سوم:

۲۰- نشانی کامل:

استان: شهرستان:
خیابان: کوچه:
پلاک: کد پستی:
شماره تلفن ثابت: کد شهرستان:
تلفن همراه: شماره تلفن برای تماس ضروری:

اینجانب فرزندان شماره ملی دانش آموخته رشته مقطع
متقاضی اشتغال به کار در یکی از واحدهای تابعه دانشگاه بوده و در صحت و سلامت کامل
اعلام می دارم که از عدم التزام دانشگاه علوم پزشکی اصفهان جهت بکارگیری اینجانب مطلع بوده و حق هر گونه اعتراض
را از خود سلب می نمایم.

نام و نام خانوادگی:

امضاء و اثر انگشت