« فرم درخواست متقاضی اعطاء جواز فعالیت کارگزار رسمی برون مرزی تأمین اجتماعی»

محل الصاق عکس

شماره پرونده .....

متقاضی فعالیت کارگزار رسمی برون مرزی در کشور..... شهر.....

شخص حقیقی

۱- نام و نام خانوادگی: ۲-نام پدر: ۳- شماره شناسنامه/کدملی : ۴- تاریخ تولد :

۵- محل تولد کشور: استان : شهرستان: ۶ - آخرین مدرک تحصیلی:

۷- رشته و گرایش تحصیلی: ۸- نام دانشگاه ، دانشکده ، دبیرستان محل تحصیل :

۹- سابقه فعالیت:

ردیف	نوع فعالیت	مسئولیت	ازتاریخ	لغایت تاریخ	علت خاتمه فعالیت	آدرس و شماره تلفن محل فعالیت

۱۰- شغل فعلی : آدرس محل کار: تلفن محل کار:

۱۱ – اولویتهای ویژه :

خانواده شهداء جانباز درصد جانبازی : آزاده : مدت اسارت : ماه بومی

وابسته کار نماینده سایر نهادها یا سازمانها

۱۲- آدرس محل سکونت:

۱۳- چنانچه کارمند سازمان تأمین اجتماعی بوده اید و رابطه شما با سازمان قطع شده است علت قطع رابطه را مشخص نمائید.

بازنشستگی ازکارافتادگی بازخرید آخرین سمت سازمانی

اظهارات شخصی :

بدینوسیله صحت کلیه اطلاعات فوق و عدم کتمان حقایق مورد درخواست را بوسیله امضاء در ذیل این برگه گواهی می نمایم.

امضاء متقاضی و تاریخ