

برگ درخواست شغل از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی دزفول

محل الصاق

عکس

1- نام خانوادگی :		2- نام :	
3- نام پدر:		4- محل سکونت فعلی: شهر <input type="checkbox"/> روستا <input type="checkbox"/>	
5- تاریخ تولد: روز ماه سال		6- محل تولد: استان: شهرستان: بخش:	
7- شماره شناسنامه:		8- شماره ملی:	
10- دین:		11- وضعیت تاهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>	
12- وضعیت ایثارگری:			
1- فرزند و همسر شهداء: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
2- فرزند و همسر جانبازان 25% و بالاتر: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
3- فرزند و همسر آزادگان بالای یکسال اسارت: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
4- فرزند و همسر رزمنده دارای سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه در جبهه: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
5- فرزند جانبازان زیر 25% و آزادگان زیر یکسال اسارت: فرزند جانباز <input type="checkbox"/> فرزند آزاده <input type="checkbox"/>			
6- خواهر و برادر شهدا: خواهر <input type="checkbox"/> برادر <input type="checkbox"/>			
13- سایر موارد: 1- سهمیه آزاد <input type="checkbox"/> 2- افراد بومی محل مورد تقاضا <input type="checkbox"/>			
3- مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان <input type="checkbox"/> (مدت خدمت .....روز .....ماه .....سال)			
14- آخرین مدرک تحصیلی: <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> کاردانی		تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی: / / 13	
15- رشته تحصیلی:		گرایش تحصیلی: معدل:	
16- دانشگاه محل تحصیل:			
17- متقاضی جذب دستیار دندانپزشک: <input type="checkbox"/> : مراقب سلامت <input type="checkbox"/> شهرستان دزفول می باشم.			
18- نشانی کامل محل سکونت:			
استان ..... شهرستان ..... شهر ..... روستا.....			
خیابان ..... کوچه ..... پلاک ..... کدپستی .....			
شماره تلفن ثابت و کد شهر ..... شماره تلفن همراه .....			
19- شماره تلفن برای تماس ضروری:			
اینجانب ..... متقاضی شرکت در آزمون معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی دزفول، متن آگهی مربوطه 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 جذب در آن دستگاه از خود سلب می نمایم.			
20- تاریخ تنظیم فرم:		امضاء و اثر انگشت متقاضی:	