

فرم تقاضای همکاری



تاریخ:

(۱) مشخصات فردی:			
نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره شناسنامه:
محل تولد:	تاریخ تولد:	جنسیت:	وضعیت تاهل:
شغل همسر:	شغل پدر:	تعداد افراد تحت تکفل:	
مذهب:	میزان تحصیلات:	رشته تحصیلی:	
آشنا با زبانهای:	<input type="checkbox"/> انگلیسی	<input type="checkbox"/> فرانسه	<input type="checkbox"/> آلمانی
میزان حقوق دریافتی از شغل قبلی:		میزان حقوق درخواستی:	
سابقه خدمت نظام: <input type="checkbox"/> انجام داده ام <input type="checkbox"/> انجام نداده ام <input type="checkbox"/> معافیت دائم <input type="checkbox"/> معافیت موقت <input type="checkbox"/> معافیت پزشکی <input type="checkbox"/>			
در صورت داشتن معافیت پزشکی نوع عارضه را ذکر نمائید.			
وضعیت جسمانی در حال حاضر:			

(۲) سوابق تحصیلی:						
تحصیل	از سال	تا سال	رشته تحصیلی	گرایش تحصیلی	مدرک تحصیلی	محل تحصیل
دیپلوم						
دانشگاه						
دانشگاه						

(۳) سوابق شغلی:						
از سال	تا سال	نام محل کار	سمت	نوع تخصص کار	دلیل ترک کار	نشانی و تلفن محل کار

(۴) آیا سابقه پرداخت بیمه را داشته اید؟

(۵) سابقه احضار و بازداشت داشته اید یا خیر؟ در صورت مثبت بودن پاسخ دلیل آن را توضیح دهید؟

فرم تقاضای همکاری



۶) سایر دوره های آموزشی و فنی:

نام دوره	نام دوره آموزشی	محل آموزش	زمان آموزش

۷) دو نفر معرف خود را ذکر نمایید:

نام و نام خانوادگی	شغل	نشانی و تلفن محل کار

۸) آدرس منزل و شماره تلفن :

- ۹) آیا در صورت لزوم توانایی سپردن وثیقه مالی دارید؟ بله خیر
- ۱۰) یک نفر از بستگان یا آشنایان به همراه تلفن به منظور تماس های ضروری :

اینجانب متعهد می شوم کلیه اطلاعات در خواستی در فرم را به صورت صحیح تکمیل نموده ام و چنانچه خدمات درمانی مغایرتی در این زمینه مواجه شد، اختیار دارد قرارداد را یک جانبه فسخ نماید.

امضاء

تاریخ