

۱- مشخصات فردی

۱- نام :	۲- نام خانوادگی:	۳- نام پدر:
۴- شماره شناسنامه:	۵- شماره ملی:	۶- جنسیت:
۷- تاریخ تولد:	۸- محل تولد :	۹- وضعیت خدمت نظام وظیفه: پایان خدمت <input type="checkbox"/> معاف <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
۱۰- آخرین مدرک تحصیلی: <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/>		
۱۱- وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>		
۱۳- نام و نام خانوادگی همسر:	۱۴- تحصیلات همسر:	۱۵- شغل همسر:

۱۶- نشانی کامل محل سکونت فعلی :

۱۷- شماره تماس (ثابت) :

۱۸- تلفن همراه:

۱۹- شماره تماس در مواقع ضروری:

نام و نام خانوادگی:

نسبت با متقاضی:

۲۰- اینجانب.....مسئولیت ناشی از عدم رعایت دقیق ضوابط و شرایط اعلام شده در متن آگهی را پذیرفته و چنانچه در هر یک از مراحل پذیرش ، خلاف اطلاعات اعلام شده توسط اینجانب محرز شود ، مراحل طی شده کان لم یکن تلقی و حتی در صورت شرکت در کلاسهای آموزشی ضمن قبول / اخراج ، متعهد می گردم برابر تعهد اخذ شده موظف به پرداخت هزینه های مربوطه شوم و حتی در صورت لغو حکم استخدامی صادر شده ، حق هرگونه اعتراضی را از خود سلب می نمایم. تاریخ و امضاء:

۲- تأییدیه شورای اسلامی :

۲۱- بدینوسیله بومی بودن و سکونت خانم/ آقایفرزند..... با کد ملی..... از تاریخ.....لغایت در روستای (اصلی/ قمر) به نام مورد تایید می باشد .

نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:
رئیس شورای اسلامی روستا	عضو شورای اسلامی روستا	عضو شورای اسلامی روستا	عضو شورای اسلامی روستا
امضاء	امضاء	امضاء	امضاء

۳- تأییدیه خانه بهداشت ، مرکز خدمات جامع سلامت مربوطه و مرکز بهداشت شهرستان :

۲۲- بدینوسیله سکونت خانم/ آقای فرزند با کد ملی به شماره خانوار از تاریخ لغایت در روستای (اصلی/قمر/همجوار) به نام مورد تایید می باشد .

نام و نام خانوادگی :	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی:
بهورز خانه بهداشت روستای	مسئول مرکز خدمات جامع سلامت	رئیس مرکز بهداشت شهرستان
مهر و امضاء	مهر و امضاء	مهر و امضاء