|  |
| --- |
| باسمه تعالي فرم استشهاد محل سکونت جهت شرکت در آزمون استخدامی دانشگاهها/دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور  اينجانب . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . فرزند . . . . . . . . . . . . . . و كد ملي . . . . . . . . . . . . . .  از مطلعين و معتمدين محل تقاضا دارم كه شهرستان محل سكونت فعلي و مدت سكونت اينجانب را گواهي نمايند.  با تشكر  امضا و اثر انگشت  اينجانبان امضاءكنندگان ذيل گواهي مينماييم كه نامبرده بالا در حال حاضر در بخش . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . شهرستان . . . . . . . . . . . . . . . . ساكن بوده و مدت . . . . سال . . . . . ماه نيز در اين شهرستان سكونت داشته است. اينجانب . . . . . . . . . . . . . . . . به كد ملي . . . . . . . . . . . . . صحت مراتب فوق را گواهي مينمايم . امضا و اثر انگشت اينجانب . . . . . . . . . . . . . . . . به كد ملي . . . . . . . . . . . . . صحت مراتب فوق را گواهي مينمايم . امضا و اثر انگشت اينجانب . . . . . . . . . . . . . . . . به كد ملي . . . . . . . . . . . . . صحت مراتب فوق را گواهي مينمايم . امضا و اثر انگشت  اين قسمت توسط نيروي انتظامي)پاسگاه يا كلانتري محل( تكميل گردد.«  موارد فوق مورد تاييد اين . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ميباشد  محل مهر- امضا  فرمانداري يا نيروي انتظامي  تذكرات مهم 1. تکمیل اين فرم براي تمامي داوطلبان بومي كه متقاضي استفاده از اولويت استخدام به لحاظ ساكن بودن با سابقه حداقل ده سال سكونت ميباشند، الزامي است.  2. داوطلبان بومي كه داراي سوابق تحصيلي در مقاطع ابتدايي، راهنمايي و يا دبيرستان در شهرستان باشند، با تاييد اداره آموزش و پرورش شهرستان صرفاً ميتوانند از آن براي احراز تمام و يا قسمتي از سوابق ده سال سكونت در شهرستان بهره مند گردند و تكميل اين فرم براي احراز سكونت فعلي آنان در شهرستان، الزامي ميباشد.  3. چنانچه متقاضي براي تاييد سابقه حداقل ده سال سكونت خود در شهرستان، در بيش از يك بخش از اين شهرستان سكونت داشته باشد، ميتواند از يك نسخه ديگر از اين فرم نيز براي اين منظور استفاده كند. 4. اين فرم صرفاً جهت بهره مندي داوطلبان متقاضي استفاده از اولويت بومي شهرستان در آزمون استخدامي دانشگاهها/ دانشكده هاي علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني كشور ميباشد. |