

فرم درخواست شغل بهورز

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: <input type="checkbox"/> پایان خدمت <input type="checkbox"/> معاف <input type="checkbox"/> سایی	
۱۰- مدرک تحصیلی:		۱۱- رشته تحصیلی:	
۱۲- وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> تعداد افراد تحت تکفل:			
۱۳- نام و نام خانوادگی همسر:		۱۴- تحصیلات همسر:	۱۵- شغل همسر:
۱۶- نشانی کامل محل سکونت:			
۱۷- شماره تماس (ثابت):		۱۸- تلفن همراه:	
۱۹- شماره تماس در مواقع ضروری:		نام و نام خانوادگی : نسبت با متقاضی:	
۲۰- اینجانب خانم / آقای ..... 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- رضایت نامه سرپرست داوطلب:			
۲۱- بدینوسیله اینجانب خانم / آقای ..... سرپرست / ولی / قیم خانم / آقای ..... فرزند ..... رضایت کامل خود را برای شرکت نامبرده در آموزش دوره بهورزی در استان هرمزگان و اشتغال ایشان به عنوان بهورز در خانه بهداشت ..... اعلام میدارم. تاریخ و امضاء:			
۳- تأییدیه شورای اسلامی و بخشدار:			
۲۲- بدینوسیله بومی بودن و سکونت خانم / آقای ..... فرزند ..... با کد ملی ..... از تاریخ ..... لغایت ..... در روستای ..... (اصلی / قمر / همجوار) مورد تأیید می باشد. نام و نام خانوادگی: نام و نام خانوادگی: نام و نام خانوادگی: نام و نام خانوادگی: شورای اسلامی روستا شورای اسلامی روستا رئیس شورای اسلامی روستا بخشدار امضاء امضاء امضاء امضاء مهر و امضاء مهر و امضاء امضاء مهر و امضاء			
۴- تأییدیه خانه بهداشت، مرکز بهداشتی درمانی و شبکه بهداشت و درمان شهرستان مربوطه:			
۲۳- بدینوسیله سکونت خانم / آقای ..... فرزند ..... با کد ملی ..... به شماره خانوار ..... از تاریخ ..... لغایت ..... در روستای ..... (اصلی / قمر / همجوار) مورد تأیید می باشد. نام و نام خانوادگی: نام و نام خانوادگی: نام و نام خانوادگی: بهورز خانه بهداشت روستای ..... پزشک مسئول مرکز بهداشتی درمانی ..... مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان ..... مهر و امضاء مهر و امضاء امضاء مهر و امضاء			