

ممل الصاق

عکس

برگ درخواست همکاری در داروخانه جمعیت هلال احمر استان ایلام



| | | | |
|---|--|---|--|
| ۱- نام: | | ۲- نام خانوادگی: | |
| ۳- نام پدر: | | ۴- جنسیت: مرد <input type="radio"/> زن <input type="radio"/> | |
| ۵- تاریخ تولد: روز ماه سال | | ۶- محل تولد: استان شهرستان | |
| ۷- شماره شناسنامه: | | ۸- شماره ملی: | |
| ۹- محل صدور شناسنامه: | | ۱۰- دین: | |
| ۱۱- وضعیت تاهل: متاهل <input type="radio"/> مجرد <input type="radio"/> | | ۱۲- تعداد اولاد: | |
| ۱۳- وضعیت نظام وظیفه (ویژه آقایان): دارای کارت پایان خدمت <input type="radio"/> دارای معافیت قانونی دائم (غیر از پزشکی) <input type="radio"/> | | | |
| ۱۴- وضعیت ایثارگری: <input type="checkbox"/> جانباز درصد جانبازی <input type="checkbox"/> رزمنده (به مدت ۹ ماه متوالی یا ۱۲ ماه متناوب). مدت حضور در جبهه: روز ماه سال <input type="checkbox"/> آزاده مدت اسارت: روز ماه سال <input type="checkbox"/> فرزند شهید <input type="checkbox"/> فرزند جانباز ۲۵ درصد و بالاتر <input type="checkbox"/> فرزند آزاده دارای حد اقل ۵ سال اسارت <input type="checkbox"/> | | | |
| ۱۵- آخرین مدرک تحصیلی: <input type="checkbox"/> کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> | | | |
| ۱۶- فرزند همکار شاغل <input type="checkbox"/> فرزند همکار بازنشسته <input type="checkbox"/> | | | |
| ۱۷- رشته تحصیلی: دانشگاه محل تحصیل: | | | |
| ۱۸- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی: / / ۱۳ | | ۱۹- گواهینامه مهارت های هفت گانه کامپیوتر (ICDL) <input type="checkbox"/> دارم (تاریخ اخذ:) <input type="checkbox"/> ندارم | |
| ۲۰- وضعیت عضویت در جمعیت هلال احمر: نجاتگر، امدادگر <input type="checkbox"/> (درجه:) جوانان <input type="checkbox"/> داوطلبان <input type="checkbox"/> | | | |
| ۲۱- نشانی کامل محل سکونت: استان شهرستان خیابان کوچه پلاک کد پستی | | | |
| ۲۲- شماره تلفن برای تماس ضروری: شماره تلفن ثابت: شماره تلفن همراه: | | | |
| ۲۳- اینجانب متقاضی بکارگیری قراردادی قانون کار در داروخانه جمعیت هلال احمر استان ایلام هستم ضمناً متن آگهی مربوطه را به طور کامل مطالعه و تقاضای فوق را تکمیل نموده ام و مسئولیت صحت کلیه مندرجات آن را به عهده میگیرم. در صورت اثبات خلاف اظهارات اینجانب در هر مقطع زمانی (قبل و بعد اشتغال) هرگونه حقی را برای بکارگیری در آن دستگاه را از خود سلب می نمایم. نام و نام خانوادگی امضا و اثر انگشت متقاضی تاریخ تنظیم فرم | | | |
| تذکر: فرم مربوط به همراه مدارک اعلام شده در آگهی دعوت به همکاری را به آدرس درج شده در سامانه ارسال نمایید. | | | |