

کد مدرک : F-HR-۱۰-۰۲ تاریخ بازنگری : ۹۶/۰۶/۱۲ صفحه : ۱ از ۱	پرسشنامه استخدامی	 موسسه کارآفرینان آوا سلامت کارآفرینان آوا سلامت
---	--------------------------	--

محل الصاق عکس	نام:											
	نام خانوادگی:											
	نام خانوادگی قبلی		نام مستعار		شماره شناسنامه		محل صدور		محل تولد		تاریخ تولد	
	جنسیت : زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>		ملیت :		تابعیت :		دین :		مذهب :			
کد ملی (۱۰ رقمی)						تلفن ثابت :		همراه :				

وضعیت تاهل : مجرد متاهل متارکه فوت همسر : تعداد فرزندان : نفر

وضعیت نظام وظیفه : مشمول معاف نوع معافیت : انجام داده‌ام :

انجام خدمت سربازی از سال : تا سال : واحد محل خدمت :

وضعیت مسکن : شخصی استیجاری رهنی پدري سازمانی شراکتی غیره

محل سکونت	استان	شهر	سال‌های اقامت		نحوه سکونت	تلفن	نشانی
			تا سال	از سال			
فعلی					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
قبلی					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

سوابق تحصیلی	مقطع تحصیلی	رشته تحصیلی	سال شروع	سال خاتمه	نام و نشانی محل تحصیل
	دیپلم				
	پیش دانشگاهی				
	کاردانی				
	کارشناسی				
	کارشناسی ارشد				

افراد تحت تکفل	ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	نسبت	شغل	تاریخ تولد	محل تولد
	۱						
	۲						
	۳						
	۴						

دوره‌های آموزشی حرفه‌ای	نام دوره آموزشی	نام موسسه	گواهینامه / مدرک		سال برگزاری دوره	مجموع ساعات آموزشی	توضیحات	
			ندارد	دارد				
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

سوابق کاری	محل کار	نوع کار / سمت	سال شروع	سال خاتمه	علت خاتمه	نشانی و تلفن

سیاسی، اجتماعی، علمی، فعالیت های فرهنگی، علمی،	ردیف	نام نهاد	نوع همکاری	سال شروع	سال خاتمه	نام مسئول	علت ترک فعالیت	نشانی و تلفن محل فعالیت
	۱							
	۲							
	۳							
	۴							

فعالیت های نگارشی، تالیفی، ترجمه و ...	ردیف	نوع فعالیت	عنوان	سال انتشار	ناشر	توضیحات
	۱					
	۲					
	۳					
	۴					

سوابق ایثارگری	۱- رزمنده / ایثارگر: <input type="checkbox"/> مدت حضور در جبهه: ماه داوطلبانه: <input type="checkbox"/> خدمت سربازی: <input type="checkbox"/>
	۲- جانباز: <input type="checkbox"/> درصد جانبازی: ۳- آزاده: <input type="checkbox"/> مدت اسارت:
	۴- خانواده ایثارگر: <input type="checkbox"/> نسبت با ایثارگر: نوع ایثارگری:
	مدارک ضمیمه شود

چنانچه سابقه محکومیت در هیئت های رسیدگی به تخلفات اداری دارید یا خود و بستگان درجه یک شما سابقه محکومیت سیاسی یا کیفری در مراجع قضایی داشته اید، جدول زیر را کامل کنید:

ردیف	نام و نام خانوادگی	مرجع صادر کننده رای	علت محکومیت	تاریخ رای	نوع و میزان مجازات
۱					
۲					

مشخصات آشنایان: این افراد باید ۱- از خویشاوندان درجه یک شما نباشند ۲- از معاشین و دوستان صمیمی شما باشند. ۳- اگر از محل تحصیل اند، هم دوره ای شما باشند. ۴- اگر از محل سکونت اند از افراد متدین باشند. ۵- حتی المقدور از نظر سنی، جنسی و تحصیلی با شما سنخیت داشته باشند.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	سال شروع	نشانی و شماره تلفن
۱				
۲				
۳				

مدت پرداخت حق بیمه:	نوع بیمه:	شماره بیمه:
فرد معرفی کننده:	سازمان معرفی کننده:	
میزان حقوق درخواستی:	ریال	سایر موارد درخواستی:
در کدام واحد و در چه شغلی تمایل به فعالیت دارید؟		

صحت مندرجات این فرم مورد تایید اینجانب می باشد. تاریخ و امضاء