



توجه: خواهشمند است فرم زیر را به دقت مطالعه نموده و به سئوال های آن پاسخ صریح و کامل دهید.

محل الصاق عکس	نام و نام خانوادگی:		نام پدر:		مذهب:		ملیت:					
	تاریخ تولد: / /		محل تولد:		شماره شناسنامه:		محل صدور:					
وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متاهل		تعداد افراد تحت تکفل: <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/> فرزندان ... نفر <input type="checkbox"/> پدر و مادر ... نفر <input type="checkbox"/> برادر و خواهر ... نفر <input type="checkbox"/>		وضعیت نظام وظیفه: <input type="checkbox"/> پایان خدمت <input type="checkbox"/> معاف <input type="checkbox"/> (با ذکر نوع معافیت):								
میزان تحصیلات	مدارک تحصیلی اخذ شده	رشته تحصیلی	سال شروع	سال خاتمه	معدل	نام موسسه آموزشی	نشانی موسسه آموزشی					
	<input type="checkbox"/> دکتری											
	<input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد											
	<input type="checkbox"/> کارشناسی											
	<input type="checkbox"/> کاردانی											
<input type="checkbox"/> دیپلم												
* در صورت اشتغال به تحصیل: درجه، رشته تحصیلی، نام موسسه آموزشی و تاریخ احتمالی خاتمه تحصیل را ذکر فرمائید.												
زبان تخصصی	زبان خارجی			مکالمه			خواندن			نوشتن		
	ضعیف	متوسط	خوب	ضعیف	متوسط	خوب	ضعیف	متوسط	خوب	ضعیف	متوسط	خوب
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
دوره های آموزشی	نام دوره آموزشی		نام موسسه آموزشی		تاریخ شروع		تاریخ خاتمه		مدت (ساعت)		نشانی موسسه آموزشی	
تحقیقات علمی	عنوان تحقیق			زمان ارائه			مکان ارائه			ملاحظات		
تجربیات کاری	نام محل کار		عنوان شغلی		حقوق دریافتی		تاریخ شروع		تاریخ خاتمه		علت کناره گیری	

* در صورت داشتن تجربه کاری بیشتر لطفاً رزومه خود را ضمیمه فرمائید.



تاریخ:

شماره:

صفحه: ۲ از ۲

نرم افزارها	با چه نرم افزارهای عمومی و تخصصی در زمینه رشته تخصصی مربوطه آشنا هستید؟			
	نرم افزارهای عمومی:			
	نرم افزارهای تخصصی:			
اطلاعات اختصاصی	نام نهاد	سمت	مدت سابقه	سابقه فعالیت در نهادهای انقلابی
	<input type="checkbox"/> خانواده شهید <input type="checkbox"/> خانواده جانباز <input type="checkbox"/> خانواده آزاده			عضو خانواده محترم ایثارگران
	نسبت با ایثارگر:			آخرین حقوق و مزایای دریافتی ریال
	مدت: سال			وضعیت بیمه پرداختی
	شماره بیمه:			وضعیت بیمه پرداختی
	<input type="checkbox"/> خیر			آیا تمایل به عضویت در بیمه تکمیلی را دارید؟
	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> شخصی			وضعیت مسکن
	<input type="checkbox"/> منزل پدری			وضعیت مسکن
آیا امکان عزیمت به مأموریت های خارج از محل سکونت برایتان وجود دارد؟ لطفاً محدودیتها را ذکر فرمائید				
حقوق و مزایا مورد نظر درخواستی				
در چه زمینه ای مایل به همکاری هستید؟				
معرفین	نام و نام خانوادگی	نشانی	تلفن	شغل
نشانی	شهر/شهرستان خیابان کوچه شماره کد پستی تلفن			
	نام افرادی که بتوان در اسرع وقت از طریق آنان با شما تماس گرفت. (حتی الامکان از نیروهای شرکت)			
نشانی اضطراری	نام و نام خانوادگی	محل اشتغال	سمت	تلفن
اینجانب صحت مطالب مندرج در این فرم و ضمائم مربوط به آن را تأیید می نمایم .				
- تکمیل و امضای این درخواست برای اینجانب و شرکت تعهدی از نظر استخدامی ایجاد نمی نماید .				
- در صورت استخدام تابع مقررات شرکت بوده و در هر واحدی که از طرف شرکت تعیین شود خدمت می نمایم .				
تاریخ: امضاء:				
نتیجه آزمون / مصاحبه:				
با توجه به نتیجه مصاحبه / آزمون، صلاحیت علمی و تجربی نامبرده جهت تصدی پست مورد تأیید <input type="checkbox"/> می باشد <input type="checkbox"/> نمی باشد.				
نام و امضاء معاونت / مدیریت مربوط: تاریخ: تصویب مدیرعامل: تاریخ:				