

فرم شماره ۱: فرم احراز سکونت

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

محل الصاق عکس	برگ درخواست شغل بهورزی از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر		
نام خانوادگی:	۲- نام		
نام پدر:	۴- جنس: ۱- مرد <input type="checkbox"/> ۲- زن <input type="checkbox"/>		
۵- تاریخ تولد: روز ماه سال	۶- محل تولد: استان: شهرستان: بخش: روستا:		
۷- شماره شناسنامه:	۸- کد ملی:	۹- محل صدور شناسنامه:	
۱۰- دین:	مذهب:	۱۱- وضعیت تاهل: ۱- متاهل <input type="checkbox"/> ۲- مجرد <input type="checkbox"/>	
۱۲- وضعیت نظام وظیفه: ۱- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> (مدت خدمت ضرورت ماه سال) ۲- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/>			
۱۳- وضعیت ایثارگری:			
۱- <input type="checkbox"/> جانباز درصد جانبازی درصد			
۲- <input type="checkbox"/> رزمنده (به مدت ۹ ماه متوالی یا ۱۲ ماه متناوب) مدت حضور در جبهه: روز ماه سال			
۳- <input type="checkbox"/> آزاده مدت اسارت: روز ماه سال			
۴- خانواده معظم شهدا <input type="checkbox"/> مفقودین <input type="checkbox"/> جانبازان از کار افتاده کلی غیر قادر به انجام کار <input type="checkbox"/> اسراء <input type="checkbox"/> نسبت			
۵- فرزند شهید <input type="checkbox"/> ۶- فرزند جانباز ۲۵ درصد بالاتر <input type="checkbox"/> درصد جانبازی پدر درصد			
۱۴- سایر موارد ۱- سهمیه آزاد <input type="checkbox"/> ۲- معلولین عادی <input type="checkbox"/> ۳- افراد بومی <input type="checkbox"/>			
۴- مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان <input type="checkbox"/> (مدت خدمت روز ... ماه ... سال)			
۱۵- آخرین مدرک تحصیلی: دیپلم <input type="checkbox"/> کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/>			
۱۶ رشته تحصیلی:	گرایش تحصیلی:	معدل:	
۱۷- دانشگاه محل تحصیل:	استان محل تحصیل:		
۱۸- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی:/...../۱۳	۱۹- محل اخذ دیپلم		
۲۰- محل جغرافیایی شغل بهورزی مورد تقاضا (فقط روستایی انتخاب شود که فرد متقاضی بومی آن روستا باشد)			
۲۱- محل جغرافیایی انجام طرح برای مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان که در حین انجام تعهدات قانونی هستند. محل خدمت			
۲۲- نشانی کامل: محل سکونت: استان شهرستان روستا خیابان			
کوچه پلاک کد پستی			
شماره تلفن ثابت کد روستا شماره تلفن همراه			
۲۳- شماره تلفن برای تماس ضروری:			
اینجانب متقاضی شرکت در آزمون قراردادی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر متن آگهی را با دقت و به طور کامل مطالعه و سپس تقاضای فوق را تکمیل نموده ام و مسئولیت صحت کلیه مندرجات آن را به عهده می گیرم . در صورت اثبات خلاف اظهارات اینجانب در هر مقطع زمانی (قبل و بعد از اشتغال) هر گونه حقی را برای استخدام در آن دستگاه از خود سلب می نمایم .			
۲۴- تاریخ تنظیم فرم:	امضاء و اثر انگشت متقاضی		