**فرم مشخصات متقاضی**

اینجانب ........................................................................... با توجه به ضرورت و نیاز گزینش به انجام تحقیق و بررسی متعهد می شوم تمامی موارد خواسته شده در پرسشنامه را صادقانه و در صورت لزوم با ارائه مدرک به طور کامل و خوانا بنویسم تا با استفاده از آن بررسی های لازم به منظور احراز صلاحیت انجام گیرد. لذا در صورت ارائه اطلاعات غیر صحیح گزینش می تواند مطابق ضوابط تصمیم لازم را اتخاذ نماید. خواهشمند است پس از تکمیل فرم، فرم مربوطه را به آدرس الکترونیکی [hr@rajaeehospital.ir](mailto:hr@rajaeehospital.ir) ارسال نمایید.

تذکر: لطفا در صورت عدم ارتباط اطلاعات خواسته شده در هر محور، جاهای خالی را با خط تیره ( ....) علامت گذاری کنید.

درج عکس

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام :** | | **نام خانوادگی :** | | | **نام پدر :** | | |
| **شماره شناسنامه :** | | **کد ملی :** | | | **تاریخ تولد :** | | **محل صدور :** |
| **وضعیت تاهل : مجرد□ متاهل□ ازدواج مجدد□ متارکه□ فوت همسر□**  **تعداد فرزند:....................................... تعداد فرزند تحت تکفل : .....................................................** | | | | | | | |
| **جنسیت : زن□ مرد□** | **دین :** | | | **مذهب :** | | **تابعیت :** | |
| **شماره تلفن ثابت :** | | | **تلفن همراه:** | | | | |
| **آدرس محل سکونت :** | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| وضعیت نظام وظیفه و سوابق | **مشمول□ معاف□ نوع معاف .......................... سالهای انجام خدمت .......................... واحد و نشانی محل خدمت..........................**  **مدت حضور در جبهه .......................... ماه........... به صورت داوطلب□ خدمت سربازی□ جانباز□ درصد جانبازی ..........................**  **آزاده□ مدت اسارت ..........................** |
| وضعیت ایثارگری | 1- **خانواده ایثارگران □ ( نوع ایثارگری : .......................... نسبت با ایثارگر..........................)**  **2- ایثارگر □ ( نوع ایثارگری: جانباز□ درصد جانبازی : .......................... آزاده□ مدت اسارت.......................... )** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| آخرین مدرک تحصیلی و یک مقطع قبل از آن را درج نمایید ( حضوری یا غیر حضوری بودن آنرا) مشخص نمایید. | | | | | | | | |
| وضعیت تحصیلی | **مدرک تحصیلی** | **رشته تحصیلی** | **سال**  **شروع** | **سال**  **پایان** | **معدل** | **نام استان، شهر و نشانی دقیق محل تحصیل** | | **در صورت انصراف علت را توضیح دهید** |
| **زیر دیپلم/دیپلم/پیش دانشگاهی** |  |  |  |  |  | |  |
| **فوق دیپلم** |  |  |  |  |  | |  |
| **لیسانس** |  |  |  |  |  | |  |
| **فوق لیسانس** |  |  |  |  |  | |  |
| **دکترا** |  |  |  |  |  | |  |
| **در صورت گذراندن طرح تکمیل شود** | | | | | | | | |
| طرح | **نام بیمارستان/ نام شهرستان** | **رشته طرح** | | | **تاریخ شروع** | | **تاریخ پایان** | **شماره نظام** |
|  |  | | |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **سوابق مشاغل رسمی یا غیر رسمی** | **نام اداره یا محل کار** | | **نوع کار و سمت** | **علت تغییر شغل** | **تاریخ شروع** | **تاریخ پایان** | **نام استان، شهرستان و نشانی دقیق** | **تلفن محل کار** | **حقوق دریافتی** |
| **فعلی** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **قبلی** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **قبلی** |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مشخصات همسر** | | | | | |
| **نام** | **نام خانوادگی** | **شغل** | **تحصیلات** | **شماره تماس** | **نشانی** |
|  |  |  |  |  |  |
| **در صورت امکان مشخصات افرادی از محل تحصیل، کار و سکونت خود را در جدول زیر بنویسید. این افراد باید: 1-از خویشاوندان درجه یک شما باشد و از نزدیک نسبت به شما شناخت کافی داشته باشند. 2- در محل تحصیل از هم دوره ای شما باشند. 3- در محل سکونت از افراد متدین باشند. 4- حتی المقدور از نظر سنی، جنسیت و تحصیلات با شما سنخیت داشته باشند.** | | | | | |
| **نام** | **نام خانوادگی** | **شغل** | **مدت آشنایی** | **محل آشنایی** | **نشانی دقیق و شماره تلفن** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مشاغلی که توانایی و صلاحیت انجام آن را دارید به ترتیب اولویت ذکر نمایید.** | | | | | |
| **شغل 1** | **شغل2** | **شغل3** | **شغل 4** | **شغل 5** |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیا شما دارای سوابق بیماری می باشید، بلی □ خیر □ در صورت مثبت بودن جدول ذیل را تکمیل نمایید.** | | | | | |
| قلب و عروق | **مغز و اعصاب** | **اسکلتی / عضلانی** | **ارگانهای حیاتی** | **سایر** | **توضیحات** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **چنانکه خود یا بستگان درجه یک شما سابقه محکومیت سیاسی یا کیفری در مراجع قضایی داشته، با خود شما محکومیت در هیات رسیدگی به تخلفات اداری را دارید در جدول زیر کامل کنید.** | | | | | |
| **نام و نام خانوادگی** | **نسبت** | **مرجع صادر کننده رای** | **علت محکومیت** | **تاریخ محکومیت** | **نوع و میزان محکومیت** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مسافرت خارج از کشور** | **نوع مسافرت**  **( زیارتی، سیاحتی و ...)** | **نام کشور** | **مسئولیت در سفر** | **سازمان اعزام کننده** | **مدت اقامت** |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نشانی دقیق و تلفن محل سکونت خود را در ده سال اخیر در جدول زیر بنویسید: | | | | | | | | |
| استان / شهرستان | | نشانی کامل | | کد پستی | سالهای اقامت | | تلفن | نحوه سکونت  مجردی / خانواده |
| از سال | تا سال |
| فعلی |  |  |  |  |  |  |  |  |
| قبلی |  |  |  |  |  |  |  |  |
| کروکی نشانی محل سکونت فعلی(خیابان اصلی نوشته شود) شمال↑ | | | | کروکی نشانی آخرین محل سکونت قبلی (خیابان اصلی نوشته شود) شمال↑ | | | | |

|  |
| --- |
| **پیشنهاد یا نظریه مدیر داخلی / مترون / مسئول :**  **منفي □ مثبت □ تاريخ :**  **توضیحات :**  **امضاء** |

|  |
| --- |
| **پیشنهاد ، نظریه ریاست:**  **کارگزینی با استخدام نامبرده بصورت قرارداد ساعتی □ فیکس □ قراردادی اشل بیمارستان □ موافقت می گردد.**  **مراحل استخدام انجام گردد. بلی □ خیر □**  **کارگزینی نسبت به تکمیل مدارک استخدامی نامبرده اقدام لازم بعمل آید.**  **ریاست بیمارستان** |