

**الف) مشخصات شخصی**

۱- نام خانوادگی:  نام:  \*  
 فقط حروف فارسی فقط حروف فارسی

۳- نام پدر:  \*  
 فقط حروف فارسی

۴- جنس:  مرد  زن

۵- تاریخ تولد:  /  /  \*  
 فقط حروف فارسی

۶- محل تولد:  استان:  (جدول ۴) \*  
 ۶-۳- بخش:  \*  
 ۶-۲- کد شهرستان (فقط شهرستانهای استان اصفهان): (جدول ۵) \*  
 ۶-۱- کد استان:  \*  
 [ کد شهرستان تنها مخصوص افرادی است که محل تولد آنها در یکی از شهرستانهای استان اصفهان بوده است ]

۷- شماره شناسنامه:  \*  
 ۸- کد ملی:  \*  
 حداکثر ۱۰ رقم ، بدون ممیز و خط تیره و هرگونه کاراکتر اضافه  
 تنها ۱۰ رقم ، بدون ممیز و خط تیره و هرگونه کاراکتر اضافه

۹- محل صدور شناسنامه:  استان:  (جدول ۴) \*  
 ۹-۱- کد استان:  \*  
 ۹-۲- کد شهرستان (فقط شهرستانهای استان اصفهان): (جدول ۵) \*  
 [ کد شهرستان تنها مخصوص افرادی است که محل صدور شناسنامه آنها در یکی از شهرستانهای استان اصفهان بوده است ]

۱۰- دین:  \*  
 ۱۱- وضعیت تاهل:  متاهل  مجرد \*  
 (مسلمان کد ۱ ، مسیحی کد ۲ ، زرتشتی کد ۳ ، کلیمی کد ۴)

۱۲- کد وضعیت خدمت نظام وظیفه:  \*  
 (دارای کارت پایان خدمت کد ۱ ، دارای معافیت قانونی دائم کد ۲)

**ب) اولویت و امتیازات:**

۱۲- وضعیت اینترگری:  (جدول ۹) \*  
 ۱۳-۱-  جانباز درصد جانبازی:  \*  
 ۱۳-۲-  رزمنده (به مدت ۹ ماه متوالی یا ۱۲ ماه متناوب) مدت حضور در جبهه:  روز و  ماه و  سال \*  
 ۱۳-۳-  آزاده مدت اسارت:  روز و  ماه و  سال \*  
 ۱۳-۴-  خانواده معظم:  شهدا  مفقودین  جانبازان از کار افتاده کلی غیر قادر به انجام کار  اسرا  نسبت:  \*  
 ۱۳-۵-  فرزند شهید  فرزند جانباز ۲۵٪ و بالاتر درصد جانبازی پدر:  \*  
 ۱۴- سایر موارد:  \*  
 ۱۴-۱-  سهمیه آزاد  معلولین عادی  ۲-۱۴-  افراد بومی \*  
 ۱۴-۲-  کارکنان قراردادی (مدت سنوات قراردادی تا تاریخ انتشار آگهی:  روز و  ماه و  سال) \*  
 ۱۴-۳-  مشمولین خدمت پزشکان و پیرا پزشکان (مدت خدمت:  روز و  ماه و  سال) \*

**ج) مشخصات تحصیلی**

۱۵- کد آخرین مدرک تحصیلی:  (جدول ۶) \*  
 ۱۶- کد رشته تحصیلی:  (جدول ۷) \*  
 \* معدل:  /  \*  
 اعشار/صحیح

۱۷- دانشگاه محل تحصیل:  \*  
 ۱۸- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی:  /  /  \*  
 ۱۹- محل اخذ دیپلم بهیاری:  (جدول ۴) \*  
 ۱۶- کد رشته تحصیلی:  (جدول ۷) \*  
 \* معدل:  /  \*  
 اعشار/صحیح

**د) شغل مورد درخواست:**

۲۰- کد شغل مورد درخواست:  (جدول ۸) \* (فقط یک شغل)  
 ۲۱- کد شهرستان مورد تقاضا:  (جدول ۵) \* (فقط یک محل شغل)  
 ۲۲- محل جغرافیایی انجام طرح برای مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان که در حین انجام تعهدات قانونی هستند:  
 ۲۲-۱- کد استان:  (جدول ۴) \*  
 ۲۲-۲- کد شهرستان (فقط شهرستانهای استان اصفهان): (جدول ۵) \*  
 ۲۲-۳- کد شهرستان:  \*

۲۳-نشانی کامل :

\* کد استان : (جدول ۴)  کد شهرستان (فقط شهرستانهای استان اصفهان): (جدول ۵)

خیابان :  کوچه :

پلاک :  کد پستی :

فقط حروف فارسی تایپ شود و جهت جدا کردن کلمات تنها از فاصله استفاده نمایید

\* شماره تلفن تماس ثابت :  \* کد پیش شماره  \* شماره تلفن همراه :

\* ۲۴- شماره تلفن برای تماس ضروری :

ثبت و ادامه