

حاج خوج



محل عکس اسکن شده



در این قسمت چیزی ننویسید

کد رهگیری : کد رهگیری: ۴۵۲۳-۴۵۲۳-۱۰۳۰۷-۱۰۳۰۰-۶۷۰۰۰

الف) مشخصات شخصی

- ۱- نام خانوادگی : اسدیان
- ۲- نام پدر : علی
- ۳- نام تولد : ۱۳۵۹/۱۱/۳
- ۴- شهرستان(فقط شهرستانهای استان اصفهان): اردستان
- ۵- شماره شناسنامه: ۱۲۰۲
- ۶- محل صدور شناسنامه : اصفهان ۹-۱-۹ استان: اصفهان ۲-۹-۲ شهرستان(فقط شهرستانهای استان اصفهان): اردستان
- ۷- دین : مسلمان مذهب : شیعه
- ۸- وضعیت خدمت نظام وظیفه : دارای کارت پایان خدمت
- ۹- نام: محمد امین
- ۱۰- جنس : مرد
- ۱۱- محل تولد : ۱-۶ استان: اصفهان
- ۱۲- بخش : ---
- ۱۳- کد ملی : ۱۲۸۳۹۵۳۴۱۱
- ۱۴- وضعیت تاهل : متاهل

ب) اولویت و امتیازات :

- ۱۳- وضعیت ایثارگری : فرزند جانباز ۲۵٪ و بالاتر
- 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 سایر موارد :
- ۱۳-۶- فرزند جانباز ۲۵٪ و بالاتر درصد جانبازی پدر : ۳۰٪
- ۱۴-۱- سهمیه آزاد معلولین عادی ۳-۱۴ افراد بومی
- ۱۴-۴- کارکنان قراردادی (مدت سنوات قراردادی تا تاریخ انتشار آگهی : ۲ روز و ۶ ماه و ۳ سال)
- ۱۴-۵- مشمولین خدمت پزشکان و پیرا پزشکان (مدت خدمت : --- روز و --- ماه و --- سال)

ج) مشخصات تحصیلی

- ۱۵- آخرین مدرک تحصیلی : کارشناسی
- ۱۶- رشته تحصیلی : پرستاری
- ۱۷- دانشگاه محل تحصیل : علوم پزشکی اصفهان
- ۱۸- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی : ۱۳۸۵/۱۰/۳
- ۱۹- معدل : ۱۷/۱۴
- ۱۹- محل اخذ دیپلم بهیاری : ---

د) شغل مورد درخواست :

- ۲۰- شغل مورد درخواست : پرستار - اصفهان - بیمارستان الزهرا(س) ۲۱- شهرستان مورد تقاضا : اصفهان
- ۲۲- محل جغرافیائی انجام طرح برای مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان که در حین انجام تعهدات قانونی هستند :
- ۲۲-۱- استان: ---
- ۲۲-۲- شهرستان(فقط شهرستانهای استان اصفهان): ---

۲۳- نشانی کامل :

* استان : اصفهان شهرستان(فقط شهرستانهای استان اصفهان): اردستان
 خیابان : بزرگمهر کوی سلامت کوچه : ارمغان بن بست شادی
 پلاک : ۱۱۰ کد پستی : ۰۴۲۳۵۳۷۳۰۰

* شماره تلفن تماس ثابت : ۳۴۴۳۴۰۰ * کد پیش شماره شهرستان : ۰۳۱۱ * شماره تلفن همراه : ۰۹۱۳۱۰۱۲۳۰۱
 * شماره تلفن برای تماس ضروری : ۶۶۸۵۱۲۳

اینجانب محمد امین اسدیان متقاضی شرکت در آزمون استخدام پیمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان متن آگهی مربوطه را با دقت کامل مطالعه و سپس تقاضای فوق را تکمیل نموده ام و مسئولیت صحت کلیه مندرجات آن را بر عهده میگیرم. در صورت اثبات خلاف اظهارات اینجانب در هر مقطع زمانی(قبل و بعد از اشتغال) هرگونه حقی را برای استخدام در آن دستگاه از خود سلب مینمایم .

۲۵- تاریخ تنظیم فرم : ۱۳۸۹/۱۱/۱۴

امضا و اثر انگشت متقاضی