

فرم اطلاعات پرسنلی

اطلاعات شخصی

محل نصب عکس	نام :	کد ملی :
	نام خانوادگی :	شماره شناسنامه :
	نام پدر :	سری و ردیف شناسنامه :

تاریخ تولد :	محل تولد :	محل صدور :
--------------	------------	------------

معرف / نحوه آشنایی :	جنسیت :	وضعیت تأهل :
----------------------	---------	--------------

تلفن منزل :	آدرس محل سکونت :
موبایل :	

وضعیت خدمت وظیفه : <input type="checkbox"/> انجام داده <input type="checkbox"/> انجام نداده <input type="checkbox"/> معاف پزشکی <input type="checkbox"/> معاف دائم <input type="checkbox"/>	
وضعیت مسکن : <input type="checkbox"/> مالکیت شخصی <input type="checkbox"/> استیجاری <input type="checkbox"/> مالکیت والدین <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	
گواهینامه رانندگی : <input type="checkbox"/> دارم <input type="checkbox"/> ندارم	سابقه سوء پیشینه : <input type="checkbox"/> دارم <input type="checkbox"/> ندارم
تعداد فرزندان : نفر (..... نفر فرزند دختر و نفر فرزند پسر)	
سابقه ی سوء مصرف مواد مخدر و یا الکل : <input type="checkbox"/> دارم <input type="checkbox"/> ندارم	مصرف دخانیات : <input type="checkbox"/> دارم <input type="checkbox"/> ندارم
در صورت ابتلا به بیماری خاص و یا سابقه بیماری های مزمن ، در این قسمت ثبت شود :	

مشخصات والدین و یا یکی از اقوام نزدیک | نام نام خانوادگی : نسبت :

تلفن منزل :	آدرس محل سکونت :
موبایل :	

آخرین سوابق کاری و اجرایی (نام محل خدمت - مدت خدمت - علت ترک)

۱-

.....

۲-

.....

۳-

.....

۴-

.....

محل امضاء	سابقه بیمه :
	حقوق درخواستی :
	نوع خدمت : <input type="checkbox"/> تمام وقت <input type="checkbox"/> پاره وقت <input type="checkbox"/> دورکار