

بسمه تعالی

فرم اطلاعات داوطلب پذیرفته شده در آزمون استخدام

۱- مشخصات فردی:			
توسط فرد تکمیل گردد	۱- نام:	۲- نام خانوادگی:	۳- نام پدر:
	۴- شماره شناسنامه:	۶- جنسیت:	۷- تاریخ تولد:
	۹- وضعیت تأهل: مجرد <input type="checkbox"/> / <input checked="" type="checkbox"/>	۱۰- رشته تحصیلی:	۸- محل تولد:
	۱۲- آدرس محل سکونت:	۱۱- مدرک تحصیلی:	
۲- اطلاعات شغلی:			
توسط فرد تکمیل گردد	۱۲- محل خدمت فعلی سمت تاریخ شروع بکار در استان تاریخ شروع بکار در شهرستان سنوات خدمت نوع اشتغال (در حال حاضر) رشته محل پذیرفته شده در آزمون استخدامی		
۳- اطلاعات فعالیت فرد در دوران همه گیری کووید ۱۹			
توسط فرد تکمیل گردد	۱۳- اینجانب خانم/ آقای فرزند با کد ملی در صورت اثبات عدم صحت اطلاعات ذیل در خصوص روز کارکرد و اطلاعات مربوط به همکاری در اجرای برنامه مدیریت کووید، مسئولیت هر گونه خسارت مادی و معنوی به اشخاص حقیقی و حقوقی دستگاه های دولتی و مراجع قانونی بر عهده اینجانب می باشد و چنانچه خلاف هر یک از اطلاعات اعلام شده توسط اینجانب محرز شود مراحل طی شده کم لم یکن و حق هر گونه اعتراض را از خود سلب می کنم. تعداد روزهای کارکرد (از تاریخ لغایت) در مراکز خدمات جامع سلامت تعداد روزهای کارکرد (از تاریخ لغایت) در خانه بهداشت تعداد روزهای کارکرد (از تاریخ لغایت) مراکز منتخب کووید/نمونه گیری تعداد روزهای کارکرد (از تاریخ لغایت) آزمایشگاه کووید تعداد روزهای کارکرد (از تاریخ لغایت) در سایر واحدهای ارائه دهنده خدمت با ذکر نام		
	مهر و اثر انگشت		
۴- نایبیده شبکه بهداشت و درمان			
توسط شبکه بهداشت و درمان تکمیل گردد	۱۴- بدینوسیله اطلاعات شده توسط خانم/ آقا فرزند با کد ملی توسط اینجانب (مدیر شبکه بهداشت و درمان) و همکاران زیر بررسی و مراتب مورد تأیید می باشد. تعداد روزهای کارکرد (از تاریخ (مستندات پیوست) لغایت) در مراکز خدمات جامع سلامت (مستندات پیوست) تعداد روزهای کارکرد (از تاریخ لغایت) در خانه بهداشت تعداد روزهای کارکرد (از تاریخ لغایت) مراکز منتخب کووید/نمونه گیری تعداد روزهای کارکرد (از تاریخ لغایت) آزمایشگاه کووید		
	مسئول کارگزینی نام و نام خانوادگی مهر و امضاء	مسئول ستاد گسترش نام و نام خانوادگی مهر و امضاء	مسئول حراست شهرستان نام و نام خانوادگی مهر و امضاء
	مدیر شبکه بهداشت و درمان نام و نام خانوادگی مهر و امضاء		

توضیحات:

- سقف روزهای کارکرد افراد ۳۳۱ روز می تواند باشد.

- تعداد روزهای مرخصی (استحقاقی و استعلاجی) دورکاری بایستی از کارکرد افراد کسر گردد.

- مستندات شامل ابلاغ افراد - گزارش تایمکس - برنامه کشیک مراکز منتخب کووید مربوط به فرد - تصویر کارت مرخصی و ... می باشد.