**فرم درخواست همکاری با مجتمع سلامت تهران**

|  |
| --- |
| فرم دعوت به همكاري |
| دقت داشته باشيد كه پر كردن تمامي موارد ستاره دار الزامي است |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| مشخصات متقاضي \* | | | |
| نام |  | **محل صدور** |  |
| نام خانوادگي |  | **تاريخ تولد** |  |
| نام پدر |  | **جنسيت** | **🖵 مرد 🖵 زن** |
| كد ملي |  | **وضعيت تاهل** | **🖵 مجرد 🖵 متاهل** |
| شماره شناسنامه |  | **وضعيت خدمت** | **🖵 انجام داده 🖵 معاف** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| اطلاعات تماس \* | | | |
| شماره تلفن همراه |  | **شماره تلفن محل سكونت** |  |
| پست الكترونيك |  | | |
| آدرس محل سكونت |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| اطلاعات تحصيلي \* | | | | | | | |
| رديف | **مقطع تحصيلي** | **رشته تحصيلي** | **گرايش** | **نام مركز آموزشي** | **تاريخ شروع** | **تاريخ پايان** | **معدل** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| دوره هاي آموزشي |
| رديف | **عنوان دوره** | **نام موسسه آموزشي** | **مدت آموزش** | **گواهينامه پايان دوره** |
| 1 |  |  |  | **🖵** اخذ گرديده - **🖵** اخذ نگرديده |
| 2 |  |  |  | **🖵** اخذ گرديده - **🖵** اخذ نگرديده |
| 3 |  |  |  | **🖵** اخذ گرديده - **🖵** اخذ نگرديده |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| مهارت | | | |
| رديف | **عنوان** | **ميزان تسلط** | **توضيحات** |
| 1 |  | عالی - **🖵** خوب – **🖵** متوسط - **🖵** ضعیف |  |
| 2 |  | عالی - **🖵** خوب – **🖵** متوسط - **🖵** ضعیف |  |
| 3 |  | عالی - **🖵** خوب – **🖵** متوسط - **🖵** ضعیف |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| زبان | | | | | |
| رديف | **زبان** | **خواندن** | **نوشتن** | **مكالمه** | **مدرك** |
| 1 |  |  |  |  | **🖵** دارد - **🖵** ندارد |
| 2 |  |  |  |  | **🖵** دارد - **🖵** ندارد |
| 3 |  |  |  |  | **🖵** دارد - **🖵** ندارد |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| سوابق شغلي \* | | | | | | | |
| نام موسسه / شركت | **پست سازماني** | **آخرين  حقوق دريافتي** | **مدت همكاري** | | **علت  ترك كار** | **بيمه** | **شماره تماس** |
| **از** | **تا** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| شغل مورد تقاضا \* | | | |
| حوزه مورد علاقه براي همكاري | **نوع استخدام** | **ميزان حقوق درخواستي** | **تاريخ آمادگي شروع بكار** |
|  |  |  |  |
| ساير توضيحات | | | |
|  | | | |

اينجانب صحت موارد فوق را تاييد مي نمايم . بله 🖵 تاریخ تکمیل فرم : .....................................

با تشکر. مجتمع سلامت تهران