

بسمه تعالی

فرم شماره ۱: درخواست شغل بهورزی

محل الصاق عکس داوطلب

اطلاعات فردی:

۱- نام خانوادگی:

۲- نام:

۳- نام پدر:

۴- کد ملی:

۵- شماره شناسنامه:

۶- جنسیت:

مرد زن

۷- تاریخ تولد:

روز ماه سال

۸- وضعیت تاهل:

مجرد متاهل مطلقه

۹- تعداد فرزند:

۱۰- استان و شهرستان محل تولد:

۱۱- مدرک تحصیلی:

کاردانی کارشناسی پایان دوره پیش دانشگاهی

پایان تحصیلات سه ساله دوره دوم متوسطه سایر

۱۲- نوع مدرک تحصیلی:

۱۳- مدت گذراندن قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان (داوطلبین دارای مدرک کاردانی و کارشناسی):

۱۴- وضعیت نظام وظیفه: کارت پایان خدمت کارت معافیت دائم

۱۵- داوطلب متقاضی استفاده از سهمیه ایثارگران: نوع ایثارگری:

۱۶- اطلاعات تکمیلی:

شماره تلفن ثابت:

شماره تلفن همراه داوطلب:

شماره تلفن همسر یا پدر:

شماره تلفن همراه یکی از نزدیکان:

(۲۴) Email آدرس پست الکترونیکی:

اینجانب با اطلاع کامل از شرایط پذیرش بهورز بر اساس آگهی ارسالی مرکز بهداشت شهرستان و اطلاع از شرایط شغل بهورزی متقاضی شرکت در آزمون پذیرش بهورز می باشم و مسئولیت صحت اطلاعات و مدارک ارائه شده را می پذیرم.

امضا و اثر انگشت داوطلب

فرم شماره ۲: تایید بومی بودن و سکونت داوطلبین شغل بهورزی

اینجانب فرزند کد ملی از مطلعین و معتمدین محل و
اعضا شورای اسلامی روستای تقاضا دارم که شهرستان محل سکونت فعلی و مدت سکونت اینجانب
را گواهی نمایند.

با تشکر

امضا و اثر انگشت

اینجانبان امضاء کنندگان ذیل گواهی می نمایم که نامبرده بالا در حال حاضر در روستای تابعه
مرکز خدمات جامع سلامت شهرستان به مدت سال ماه است
سکونت داشته است.

اینجانب به کد ملی صحت مراتب فوق را گواهی مینمایم. امضا
و اثر انگشت

اینجانب به کد ملی صحت مراتب فوق را گواهی مینمایم. امضا
و اثر انگشت

اینجانب به کد ملی صحت مراتب فوق را گواهی مینمایم. امضا
و اثر انگشت

اینجانب به کد ملی صحت مراتب فوق را گواهی مینمایم. امضا
و اثر انگشت

تذکرات مهم:

احراز شرایط سکونت داوطلبان از طریق گواهی شورای اسلامی روستا (ممه‌ور به مهر و امضای رئیس شورا و
نصف اعضای شورا به اضافه یک نفر)، با تایید خانه بهداشت مربوطه و مرکز بهداشت شهرستان صورت می پذیرد.

فرم شماره ۳ : تایید بومی بودن و سکونت داوطلبین شغل

بهورزی توسط خانه بهداشت و مرکز خدمات جامع سلامت

اینجانببهورز خانه بهداشت
تابعه مرکز خدمات جامع سلامت.....شهرستان
.....گواهی می نمایم خانم/آقایبا
کدملی دارای پرونده الکترونیک فعال در سامانه
سیب این خانه بهداشت می باشد.

محل امضا

مهر خانه بهداشت

فرم شماره ۴ : تایید سلامت داوطلبین شغل بهورزی

گواهی می شود:

خانم/ آقای..... به شماره ملی
..... از سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی برای انجام
کار بهورزی و قابلیت انجام فعالیت های مرتبط با آن از جمله
دهگردشی انجام سیاری ها در روستاها و کلیه آبادی های تحت
پوشش برخوردار می باشد.

نام و نام خانوادگی پزشک مرکز خدمات جامع سلامت.....

امضا پزشک

مهر پزشک