



آسیبان جانف

پرسشنامه مشخصات فردی

نام خانوادگی قبلی:	نام خانوادگی:	نام:
کد ملی:	نام پدر:	نام مستعار:
تابعیت فعلی: / قبلی:	تاریخ تولد:/...../..... ۱۳	شماره شناسنامه: محل صدور:
	تاریخ صدور:/...../..... ۱۳	نوع شناسنامه: اصلی <input type="checkbox"/> المثنی <input type="checkbox"/> علت صدور:
دین:	وضعیت تأهل:	وضعیت نظام وظیفه: کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/>
مذهب:	مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> معیل <input type="checkbox"/> با ذکر عنوان	محل خدمت: مدت خدمت: ماه
گروه خونی:	تعداد فرزند: پسر: / دختر:	کارت معافیت <input type="checkbox"/> (علت معافیت:
سابقه ایثارگری: رزمنده <input type="checkbox"/> (مدت حضور در جبهه: ماه) / آزاده <input type="checkbox"/> (مدت اسارت: ماه) / جانباز <input type="checkbox"/> (درصد جانبازی: ماه)		
خانواده جانباز <input type="checkbox"/> (نسبت با جانباز:)		
فرزند شهید <input type="checkbox"/> همسر شهید <input type="checkbox"/> خانواده شهید <input type="checkbox"/> (نسبت با شهید:)		
بسیجی فعال <input type="checkbox"/> (مدت: ماه) بسیجی عادی <input type="checkbox"/> (مدت: ماه) / سایر مصادیق ایثارگری:		
آدرس محل سکونت:		
تلفن منزل: شماره همراه: تلفن تماس ضروری: آدرس ایمیل:		

مشخصات همسر

نام پدر:	نام خانوادگی:	نام:
تاریخ تولد:	شماره شناسنامه:	کد ملی:
آخرین مقطع و مدرک تحصیلی:	تلفن محل اشتغال:	شغل:
	آدرس ایمیل:	تلفن همراه:

مشخصات تحصیلی متقاضی

مقطع تحصیلی	رشته تحصیلی	نام دانشگاه محل تحصیل	شهر محل تحصیل	از سال	تا سال	معدل
کاردانی			/..... ۱۳/..... ۱۳/.....
کارشناسی			/..... ۱۳/..... ۱۳/.....
کارشناسی ارشد			/..... ۱۳/..... ۱۳/.....
دکتری			/..... ۱۳/..... ۱۳/.....

سایر دوره‌های آموزشی تخصصی



ردیف	نوع دوره آموزشی	نام موسسه آموزشی	شهر محل آموزش	از سال	تا سال	گواهینامه
۱				۱۳...../.....	۱۳...../.....	
۲				۱۳...../.....	۱۳...../.....	
۳				۱۳...../.....	۱۳...../.....	
۴				۱۳...../.....	۱۳...../.....	

آشنایی به زبان‌های خارجه

ردیف	زبان	نوشتن			خواندن			مکالمه		
		خوب	متوسط	ضعیف	خوب	متوسط	ضعیف	خوب	متوسط	ضعیف
۱										
۲										
۳										

سوابق و مشخصات کاری

نام شرکت، موسسه یا سازمان	سمت	شروع فعالیت	پایان فعالیت	علت قطع همکاری	تلفن تماس	تمام وقت	پاره وقت
		۱۳...../.....	۱۳...../.....				
		۱۳...../.....	۱۳...../.....				
		۱۳...../.....	۱۳...../.....				
		۱۳...../.....	۱۳...../.....				

آیا هم اکنون مشغول به کار می باشید؟ بلی خیر

نام محل کار: تلفن:

معرف

نام و نام خانوادگی	نسبت	شغل	محل اشتغال	تحصیلات	مدت آشنایی	تلفن

مشخصات بستگان سببی و نسبی که در این شرکت شاغل بوده و یا هستند



نام و نام خانوادگی	نسبت	پست سازمانی	مدت آشنایی	تلفن

مسافرت‌های خود و همسران به خارج از کشور

کشور	شهر	تاریخ سفر	علت سفر	همراهان

سابقه بازداشت یا محکومیت توسط مراجع قضایی، امنیتی، انتظامی و اداری

تاریخ	عنوان اتهام	محل و مرجع رسیدگی کننده	نتیجه رسیدگی

محل سکونت از ۱۰ سال گذشته تاکنون

آدرس دقیق محل سکونت	تا	از
	۱۳...../.....	۱۳...../.....
	۱۳...../.....	۱۳...../.....
	۱۳...../.....	۱۳...../.....

مشخصات اعضای خانواده (پدر، مادر، خواهر، برادر و فرزندان)

نام و نام خانوادگی	نسبت	تحصیلات	شغل	تلفن	نشانی محل کار



آخرین حقوق و مزایای دریافتی شما پس از کسر بیمه و مالیات چقدر بوده است؟ ریال
حداقل حقوق و مزایای مورد درخواست شما پس از کسر بیمه و مالیات چقدر می‌باشد؟ ریال
آیا سابقه پرداخت حق بیمه دارید؟ بلی خیر
شماره بیمه تامین اجتماعی:

سایر موارد

سوابق فعالیت‌های سیاسی، اجتماعی خود را قبل و بعد از انقلاب بطور خلاصه بنویسید.

.....
.....
.....

در چه زمینه و چه محلی می‌خواهید با شرکت آتیه سازان حافظ همکاری نمایید؟

.....
.....
.....

هرگونه توضیحی را که لازم می‌دانید در همکاری شما مورد توجه قرار گیرد بنویسید.

.....
.....
.....

تایید صحت اطلاعات فردی

اینجانب ضمن تقدیم مدارک ذیل؛ صحت مطالب ذکر شده در این فرم را تصدیق نموده و در صورت نیاز، حاضر به ارائه مدارک مثبت دیگر می‌باشم. در صورت روشن شدن هرگونه مغایرت بعدی با مطالب ذکر شده، شرکت آتیه سازان حافظ محق خواهد بود نسبت به توافقات به عمل آمده تجدید نظر نماید.

۱- تصویر کلیه صفحات شناسنامه (برای افراد متأهل از تمام صفحات شناسنامه افراد تحت تکفل)

۲- تصویر کارت ملی (پشت و رو) ۳- تصویر کارت پایان خدمت (پشت و رو جهت آقایان)

۴- تصویر برابر با اصل آخرین مدرک تحصیلی ۵- چهار قطعه عکس پرسنلی ۳*۴

۶- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه تأمین اجتماعی ۷- تصویر قبض تلفن محل سکونت

۸- اصل گواهی سابقه کار ۹- اصل گواهی عدم سوء پیشینه

۱۰- اصل گواهی عدم اعتیاد ۱۱- اصل گواهی طب کار

همچنین متعهد می‌شوم در صورت جذب و بکارگیری تمام وقت در شرکت آتیه سازان حافظ، حداکثر ظرف مدت ۱۰ روز از شروع به کار، با دیگر سازمان‌ها، موسسات، بیمارستان‌ها، شرکت‌ها و سایر ارگان‌های دولتی و خصوصی قطع همکاری نموده و گواهی پایان کار خود را نیز به شرکت آتیه سازان حافظ ارائه نمایم.

امضاء

تاریخ تکمیل پرسشنامه: / / ۱۳.....