

شغل / سمت درخواستی	فرم پرسشنامه استخدامی	تاریخ تکمیل فرم:
--------------------------	-----------------------	------------------

۱- مشخصات فردی :

نام: نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه: محل صدور: محل تولد: تاریخ تولد: / / محل الصاق عکس

کدملی: وضعیت تاهل: مجرد ☐ متاهل ☐ تعداد اولاد: وضعیت نظام وظیفه: انجام داده ☐ معافیت ☐ کفالت ☐ (نوع معافیت یا کفالت ذکر شود:)

وضعیت مسکن: شخصی ☐ پدری ☐ استیجاری ☐ گروه خونی: شماره تلفن همراه: شماره تلفن ثابت با پیش شماره: ایمیل:

شغل همسر: شماره تماس همسر: شغل پدر: شماره تماس پدر: کد پستی منزل: آدرس کامل منزل:

۲- اطلاعات تحصیلی :

مقطع تحصیلی	محل اخذ مدرک تحصیلی	رشته تحصیلی	سال فارغ تحصیلی	معدل
دیپلم و مقاطع پایین تر				
فوق دیپلم				
لیسانس				
فوق لیسانس				
دکتری				

۳- اطلاعات شغلی و سوابق استخدامی :

از تاریخ	تا تاریخ	محل کار			چه کاری انجام میدادید	آخرین حقوق دریافتی (ریال)	علت خاتمه همکاری
		شهر	نام محل کار	آدرس و شماره تماس محل کار			

- آیا رضایت نامه کاری از محل کار قبلی دارید؟ بله ☐ خیر ☐ در صورت داشتن اصل رضایت نامه را ارائه نماید.

۴- تخصص های آموزشی و مهارتی :

نام دوره	نام آموزشگاه یا موسسه	از تاریخ	تا تاریخ	عنوان گواهی یا مدرک ((کپی))	رشته

۵- تاکنون از چه بیمه هایی استفاده کرده اید؟

تامین اجتماعی ☐ کارکنان دولت ☐ نیروهای مسلح ☐ سایر ☐ مدت پرداخت بیمه: شماره بیمه اختصاصی:

۶- مشخصات دو نفر از کسانیکه شما را می شناسند:

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	محل کار	آدرس محل سکونت و تلفن تماس
۱				
۲				

۷- سوالات عمومی :

- - اطلاعات دیگری که ممکن است در استخدام شما موثر باشد بطور خلاصه شرح دهید:
- - اگر از دوستان و آشنایان شما در این مجموعه مشغول بکار هستند نام ببرید :.....
- - نحوه آشنایی شما با این مجموعه :..... در صورت داشتن نام و مشخصات معرف شما:.....
- - آیا سابقه بیماری خاص یا عمل جراحی دارید ؟ ☐ بله ☐ خیر در صورت مثبت بودن توضیح دهید:.....
- - آیا محکومیت کیفری داشته اید ؟ ☐ بله ☐ خیر در صورت مثبت بودن توضیح دهید:.....
- - آیا نقص عضو یا مسئله خاص جسمانی دارید ؟ ☐ بله ☐ خیر در صورت مثبت بودن توضیح دهید:.....
- - آیا سابقه اعتیاد به مواد مخدر و سیگار دارید ؟ ☐ بله ☐ خیر در صورت مثبت بودن توضیح دهید:.....
- - آیا در محل کار قبلی خود دچار حادثه ناشی از کار شده اید بله ☐ خیر ☐ در صورت مثبت بودن توضیح دهید:.....

اینجانب با مشخصات فوق اعلام میدارم کلیه سوالات فوق را پس از تفهیم کامل پاسخ داده و در صورتیکه تمام و یا قسمتی از اطلاعات اعلام شده عاری از حقیقت باشد، شرکت میتواند از همان زمان به خدمتم خاتمه داده و هیچگونه ادعایی نخواهم داشت و بدینوسیله حق هرگونه اعتراض بعدی را از خود سلب می نمایم

اثرانگشت و امضاء متقاضی :

مخصوص شرکت (در این قسمت چیزی ننویسید)

نظریه مصاحبه کنندگان:

نام و امضاء- تاریخ :

۱-

نام و امضاء- تاریخ :

۲-

نظریه نهایی ((مدیریت)):

باشروع بکار آقای /خانم

باسمت

در قسمت

موافقت می شود / نمی شود اقدام نمائید.

توضیحات:

امضاء

اقدام واحد اداری و منابع انسانی :

استان و شهر خدمت (محل کار متقاضی):

شغل مورد درخواست:

نام:

نام خانوادگی:

نام پدر:

کدملی:

شماره شناسنامه:

محل تولد:

تاریخ تولد:

۱۳ / /

تاهل:

تعداد فرزندان:

نفر

آخرین مدرک و رشته تحصیلی:

نام مرکز / دانشگاه فارغ تحصیلی:

آدرس محل سکونت:

تلفن همراه:

تلفن ثابت منزل:

تلفن همراه پدر یا مادر:

تلفن همراه همسر یا برادر و یا خواهر:

سوابق بیمه:

ماه / سال

نوع بیمه: تامین اجتماعی / خدمات درمانی:

شرح مختصر سوابق کاری:

نام و آدرس محل کار و تلفن تماس	مدت اشتغال	شغل	حقوق دریافتی	علت قطع همکاری

محل امضای متقاضی:

دستور مدیریت: