فرم تقاضای استخدام تاریخ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| مشخصات متقاضی | **نام:** | **وضعیت تأهل: مجرد ⃝ متاهل ⃝ تعداد افراد تحت تکفل:** | |
| **نام خانوادگی:** | **وضعیت خدمت نظام وظیفه: خدمت انجام داده ام ⃝ معاف ⃝** | |
| **نام پدر:** | **نوع معافیت:** | |
| **شماره شناسنامه:** | **آیا سابقه پرداخت بیمه دارید: بلی ⃝ خیر ⃝**  **مدت پرداخت بیمه: شماره بیمه:** | |
| **تاریخ تولد: / /** |
| **محل صدور:**  **محل تولد:** |
| **نشانی محل سکونت:** | |
| **سابقه ایثارگری: بلی ⃝ خیر ⃝**  **نسبت با ایثارگر:** |
| **تلفن تماس همراه: تلفن ثابت:** | |
| **شماره ملی:** |
| **تلفن تماس اضطراری:** | **Email:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| سوابق تحصیلی | **مقطع تحصیلی** | **رشته تحصیلی** | **گرایش** | **نام مرکز آموزشی** | **تاریخ شروع** | **تاریخ پایان** | **معدل** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| سوابق کاری | **نام موسسه** | **زمینه فعالیت** | **سمت** | **آخرین حقوق دریافتی** | **مدت همکاری** | | **علت قطع همکاری** |
| از | تا |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| دوره های آموزشی | **نام دوره** | **نام موسسه آموزش دهنده** | **مدت دوره** | **سرفصل های آموزشی طی دوره** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| نام نرم افزار | عالی | خوب | متوسط | ضعیف |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

میزان آشنایی شما با زبانهای خارجه: میزان آشنایی با نرم افزارهای تخصصی:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| نام زبان | عالی | خوب | متوسط | ضعیف |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

● میزان آشنایی شما با نرم افزارهای**Microsoft Office** (Word,Excel,PowerPoint,Outlook)

ضعیف ⃝ متوسط ⃝ خوب ⃝ عالی ⃝

● مشخصات اعضای خانواده و افراد تحت تکفل:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگی | نسبت | سن | شغل | توضیحات |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

● نام 2 نفر از دوستان خود که شما را کاملاً بشناسند و بتوانند شما را تائید کنند، بنویسید:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگی | سمت و آدرس محل کار | تلفن تماس |
|  |  |  |
|  |  |  |

●آشنایی شما با این مجموعه از چه طریقی می باشد؟

●آیا از بستگان یا دوستان شما کسی در این شرکت مشغول به کار می‌باشد؟ بلی ⃝ خیر ⃝

درصورت مثبت بودن جواب نام ببرید:

● آیا حاضر هستید مدتی به عنوان آزمایشی کارکنید؟ بلی ⃝ چه مدت: خیر ⃝

● غیر از شغل مورد تقاضا، توانایی انجام چه شغل دیگری را دارید؟

● از چه تاریخی آماده به‌کار هستید؟

● آیا در صورت نیاز به تضمین می توانید تضمین ارائه نمایید؟ بلی ⃝ خیر ⃝

● حقوق مورد انتظار خود را ذکر نمایید:

● آیا از سلامت کامل جسمانی برخوردار هستید؟ بلی ⃝ خیر ⃝ نواقص بدنی را ذکر کنید:

● آیا سیگاری هستید؟ بلی ⃝ خیر ⃝

آیا سابقه محکومیت کیفری داشته اید؟ بلی ⃝ خیر ⃝ در صورت مثبت بودن با ذکر دلایل و مدت:

اینجانب با تکمیل این فرم تقاضای خویش را جهت اشتغال اعلام داشته و صحت مراتب فوق را تعهد نموده و اظهار می‌دارم در صورت اثبات خلاف آن مقابل هرگونه تصمیم شرکت هیچگونه ادعا اعتراض نداشته باشم.

تکمیل این فرم هیچگونه تعهد استخدامی ایجاد نخواهد نمود.

تاریخ امضاء