

فرم احراز محل سکونت			
مشخصات فردی			
۱- نام:		۲- نام خانوادگی:	
۳- نام پدر:			
۴- شماره شناسنامه:		۵- شماره ملی:	
۶- جنسیت:			
۷- تاریخ تولد:		۸- محل تولد: استان: شهرستان:	
۹- وضعیت خدمت نظام وظیفه: ☐ پایان خدمت ☐ معافیت			
۱۰- آخرین مدرک تحصیلی: ☐ دیپلم ☐ کاردانی ☐ کارشناسی			
۱۱- وضعیت تاهل: ☐ مجرد ☐ تاهل		۱۲- تعداد فرزندان:	
۱۳- نام و نام خانوادگی همسر:		۱۴- تحصیلات همسر:	
۱۵- شغل همسر:			
۱۶- نشانی کامل محل سکونت فعلی:			
۱۷- نشانی کامل محل اشتغال همسر:			
۱۸- شماره تماس: تلفن ثابت:		تلفن همراه:	
۱۹- شماره تماس در مواقع ضروری:		نام و نام خانوادگی: نسبت با متقاضی:	
۲۰- اینجانب مسئولیت ناشی از عدم رعایت دقیق ضوابط و شرایط اعلام شده در متن آگهی را پذیرفته و چنانچه در هر یک از مراحل پذیرش، خلاف اطلاعات اعلام شده توسط اینجانب محرز شود، مراحل طی شده کان لم یکن تلقی و حتی در صورت شرکت در کلاس های آموزشی ضمن قبول اخراج، متعهد می گردم برابر تعهد اخذ شده موظف به پرداخت هزینه های مربوطه شوم و حتی در صورت لغو حکم استخدامی صادر شده، حق هر گونه اعتراضی را از خود سلب می نمایم.			
تاریخ و امضاء:			
رضایت نامه سرپرست داوطلب			
۲۱- بدینوسیله اینجانب سرپرست/ولی/قیم خانم فرزند رضایت کامل خود را برای شرکت نامبرده در دوره آموزش بهورزی به عنوان بهورز برای خانه بهداشت اعلام می دارم.			
تاریخ و امضاء:			
تاییدیه شورای اسلامی			
۲۲- بدینوسیله گواهی می شود: خانم/آقای فرزند با کد ملی الف- محل تولد داوطلب (طبق مندرجات شناسنامه) شهرستان می باشد و از تاریخ لغایت در روستای (اصلی/قمر/همجوار تا شعاع ۳۰ کیلومتر) سکونت دارد. ب- دو مقطع کامل تحصیلی از مقاطع تحصیلی و را در روستا و یا شهرستان طی کرده است و از تاریخ لغایت در روستای (اصلی/قمر/همجوار تا شعاع ۳۰ کیلومتر) سکونت دارد. ج- خانم شرایط بند "الف" یا "ب" را ندارد ولی طبق مندرجات شناسنامه با فرد شاغل در روستای (اصلی/قمر/همجوار تا شعاع ۳۰ کیلومتر) به نام آقای که واجد شرایط بند "الف" یا "ب" می باشد، در تاریخ ازدواج نموده است.			
نام و نام خانوادگی رئیس شورای اسلامی روستا:		مهر و امضاء	
نام و نام خانوادگی شورای اسلامی روستا:		مهر و امضاء	
نام و نام خانوادگی شورای اسلامی روستا:		مهر و امضاء	

تاییدیه خانه بهداشت

۲۳- بدینوسیله گواهی می شود: خانم/ آقای..... فرزند با کد ملی

الف- محل تولد داوطلب (طبق مندرجات شناسنامه) شهرستان می باشد و از تاریخ لغایت در روستای (اصلی/قمر/ همجوار تا شعاع ۳۰ کیلومتر) سکونت دارد.

ب- دو مقطع کامل تحصیلی از مقاطع تحصیلی و را در روستا و یا شهرستان طی کرده است و از تاریخ لغایت در روستای (اصلی/قمر/ همجوار تا شعاع ۳۰ کیلومتر) سکونت دارد.

ج- خانم شرایط بند "الف" یا "ب" را ندارد ولی طبق مندرجات شناسنامه با فرد شاغل در روستای (اصلی/قمر/ همجوار تا شعاع ۳۰ کیلومتر) به نام آقای که واجد شرایط بند "الف" یا "ب" می باشد، در تاریخ ازدواج نموده است.

نام و نام خانوادگی بهورز خانه بهداشت روستای: مهر و امضاء

تاییدیه تیم بررسی کنندگان مرکز بهداشت شهرستان

۲۴- بدینوسیله گواهی می شود: خانم/ آقای..... فرزند با کد ملی

الف- محل تولد داوطلب (طبق مندرجات شناسنامه) شهرستان می باشد و از تاریخ لغایت در روستای (اصلی/قمر/ همجوار تا شعاع ۳۰ کیلومتر) سکونت دارد.

ب- دو مقطع کامل تحصیلی از مقاطع تحصیلی و را در روستا و یا شهرستان طی کرده است و از تاریخ لغایت در روستای (اصلی/قمر/ همجوار تا شعاع ۳۰ کیلومتر) سکونت دارد.

ج- خانم شرایط بند "الف" یا "ب" را ندارد ولی طبق مندرجات شناسنامه با فرد شاغل در روستای (اصلی/قمر/ همجوار تا شعاع ۳۰ کیلومتر) به نام آقای که واجد شرایط بند "الف" یا "ب" می باشد، در تاریخ ازدواج نموده است.

نام و نام خانوادگی کارشناس آموزش بهورزی شهرستان: مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی مسئول حراست شهرستان: مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی رئیس مرکز بهداشت شهرستان: مهر و امضاء