

فرم شماره ۱: فرم احراز سکونت

۱- مشخصات فردی:		
۱- نام :	۲- نام خانوادگی:	۳- نام پدر :
۴- شماره شناسنامه:	۵- شماره ملی:	۶- جنسیت:
۷- تاریخ تولد:	۸- محل تولد:	۹- وضعیت خدمت نظام وظیفه: <input type="checkbox"/> پایان خدمت <input type="checkbox"/> معاف <input type="checkbox"/> سایر
۱۰- نوع دیپلم :		
۱۱- وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> ۱۲- تعداد افراد تحت تکفل:		
۱۳- نام و نام خانوادگی همسر:	۱۴- تحصیلات همسر :	۱۵- شغل همسر:
۱۶- نشانی کامل محل سکونت فعلی:		
۱۷- شماره تماس (ثابت):	۱۸- 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 کلاسهای 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 هرگونه اعتراضی را از خود سلب می نمایم.		
تاریخ و امضاء:		
۲- رضایت نامه سرپرست داوطلب:		
۲۱- بدینوسیله اینجانب سرپرست اولی / قیم خانم / آقای فرزند رضایت کامل خود را برای شرکت نامبرده در آموزش دوره بهورزی به عنوان بهورز برای خانه بهداشت اعلام می دارم.		
تاریخ و امضاء:		
۳- تأییدیه شورای اسلامی:		
۲۲- بدینوسیله بومی بودن و سکونت خانم / آقای فرزند با کد ملی.....		
از تاریخ لغایت در روستای (اصلی/ قمر / همجوار) به نام..... مورد تأیید می باشد.		
نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:
شورای اسلامی روستا	شورای اسلامی روستا	رئیس شورای اسلامی روستا
امضاء	امضاء	مهر و امضاء
۴- تأییدیه خانه بهداشت ، مرکز بهداشتی درمانی و مرکز بهداشت شهرستان مربوطه :		
۲۳- بدینوسیله سکونت خانم / آقای فرزند با کد ملی به شماره خانوار		
از تاریخ لغایت در روستای (اصلی/ قمر / همجوار) به نام مورد تأیید می باشد.		
نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:
بهورز خانه بهداشت روستای.....	مسئول مرکز بهداشتی درمانی	رئیس مرکز بهداشت شهرستان.....
مهر و امضاء	مهر و امضاء	مهر و امضاء