

فرم اطلاعات پرسنلی (رسمی ، رسمی آزمایشی ، پیمانی ، قراردادی ، طرحی)

نام پدر:	نام خانوادگی :	نام :
محل تولد:	تاریخ تولد:	شماره شناسنامه :
محل صدور:	تعداد فرزندان :	وضعیت تاهل : <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد
نام دانشگاهی که در آن تحصیل نموده اید :		
تاریخ فارغ التحصیلی :		تاریخ ورود به دانشگاه :
شماره پرونده :	رشته :	آخرین مدرک تحصیلی :
کد پستی :	آدرس محل سکونت :	
پست الکترونیک :		
کد ملی:	تلفن همراه :	تلفن ثابت :
وضعیت نظام وظیفه :		
<input type="checkbox"/> کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> معافیت دائم <input type="checkbox"/> غیر مشمول		
مدت : ماه روز		
وضعیت ایثارگری:		
ماه	روز	۱. رزمنده <input type="checkbox"/>
ماه	روز	خدمت در مناطق جنگ زده :
خدمت داوطلبانه در جبهه :		
۲. آزاده <input type="checkbox"/> مدت اسارت :		۳. جانباز <input type="checkbox"/> درصد جانبازی :
۴. خانواده شهید <input type="checkbox"/> نسبت با خانواده شهید :		۵. ایثارگر <input type="checkbox"/>
۶. بسیجی <input type="checkbox"/>		
وضعیت مسکن : <input type="checkbox"/> استجاری <input type="checkbox"/> ملکی		
محل خدمت کنونی :		
نام و نام خانوادگی تکمیل کننده:		
امضاء		