

شماره:

تاریخ: / /

وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

موسسه آموزش عالی نبی اکرم(ص)

فرم تقاضاي همکاري در دانشگاه نبی اکرم (ص)

|  |  |
| --- | --- |
| **مشخصات** | نام خانوادگی: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ نام: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ نام پدر: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ رشته تحصیلی: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  تاریخ تولد: \_\_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ محل تولد: \_\_\_\_\_\_\_ شماره شناسنامه: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ محل صدور شناسنامه: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ کد ملی: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ تابعیت: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_مذهب: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ شماره همراه: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎 مجرد / 🞎 متاهل  تعداد فرزندان: \_\_\_\_\_\_ نام و نام خانوادگی همسر : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ شغل همسر: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **نظام وظیفه** | 🞎 **:** دارای گواهينامه پايان خدمت / 🞎 **:** معافيت دائم / 🞎 **:** معافيت موقت  🞎 **:** معافيت پزشکی / 🞎 : متقاضی استفاده از طرح مشمولان متخصص |

|  |  |
| --- | --- |
| **آدرس سکونت** | استان: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ شهر: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_خیابان اصلی: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_خیابان فرعی: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  کوچه: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ پلاک: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ کد پستی: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ شماره تماس: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **محل کار قبلی** | استان: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ شهر: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_خیابان اصلی: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_خیابان فرعی: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  کوچه: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ پلاک: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ کد پستی: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ شماره تماس: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  نوع بیمه: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ نام محل بیمه‌گذار: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

------------------------------------------------

**زبان‌هايي که در نگارش و يا در تکلم بدان احاطه و تسلط داريد:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| مدارج تحصیلی | | | | | | | |
| **دانشگاه محل تحصيل** | **شهر محل تحصيل** | **کشور محل تحصيل** | **معدل يا امتياز** | **تاريخ اخذ مدرک تحصيلی** | **تاريخ شروع تحصيل** | **رشته تحصيلی** | **نوع مدرک** |
|  |  |  |  |  |  |  | **ديپلم** |
|  |  |  |  |  |  |  | **فوق ديپلم** |
|  |  |  |  |  |  |  | **ليسانس** |
|  |  |  |  |  |  |  | **فوق ليسانس** |
|  |  |  |  |  |  |  | **دکترای عمومی** |
|  |  |  |  |  |  |  | **دکترای تخصصی** |

**چنانچه درحال حاضر مشغول به تحصيل هستيد، لطفا جدول زير را تکميل فرماييد.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رشته تحصيلی** | **محل تحصيل** | **مقطع تحصيلی** | **تاريخ شروع تحصيل** | **تاریخ تقریبی پایان تحصیل** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**چنانچه در دوره هاي تخصصي شرکت نموده ايد، لطفا جدول زير را تکميل کنيد:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رشته تخصصي** | **نوع مدرک** | **تاريخ اخذ مدرک** | **مکان اخذ مدرک** | **توضيحات** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**سوابق کاري :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام محل کار** | **مسئوليت** | **تاريخ آغاز** | **تاريخ پايان** | **علت پايان** | **نشاني محل کار** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

------------------------------------------------------------------------

اينجانب \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ با دقت کامل به سوالات اين فرم پاسخ داده‌ام و نسبت به صحت مطالب اظهار شده، خود را مسئول می‌دانم و در ضمن با پر کردن اين فرم دانشگاه هيچ تعهّدي نسبت به استخدام اينجانب ندارد .

تاريخ تکميل فرم : / / امضا داوطلب

------------------------------------------------------------------------

**مدارک مورد نیاز :**

1. تصویر آخرین مدرک تحصیلی
2. تصویر شناسنامه از تمامی صفحات
3. تصویر کارت ملی (پشت و رو)
4. تصویر دفترچه بیمه
5. دو قطعه عکس 4×3
6. تصویر سایر مدارک ( زبان، کامپیوتر و ... )
7. تصویرکارت پایان خدمت