



فرم اطلاعات فردی

کد: ۱۳۹۴۰۳۱۰-۵۱۰۰۲۲۲۰۸-۰۱

شماره بازنگری: ۲

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۴/۰۳/۱۰

مشخصات فردی	نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	شغل پدر:	شغل مادر:	دین و مذهب:
	تاریخ تولد: ۱۳ / /	محل تولد:	شماره شناسنامه:	کد ملی:	تلفن همراه:
	آدرس محل سکونت:	تلفن محل سکونت:	آدرس پست الکترونیکی:		

وضعیت تاهل	<input type="radio"/> مجرد					
	<input type="radio"/> متاهل تاریخ ازدواج: ۱۳ / /	نام و نام خانوادگی همسر:	تحصیلات همسر:	شغل همسر:	تعداد فرزند (دختر: / پسر:)	
	<input type="radio"/> متارکه کرده ام تاریخ جدایی: ۱۳ / /	علت جدایی:				

وضعیت نظام وظیفه	<input type="radio"/> دارای کارت پایان خدمت تاریخ شروع: / / تاریخ خاتمه: / /	یگان خدمت:	شهر محل خدمت:	نوع فعالیت:
	<input type="radio"/> دارای کارت معافیت	نوع معافیت:	تاریخ اخذ معافیت:	بند: / ماده:
	<input type="radio"/> موارد دیگر	شرح:		

مقطع تحصیلی	سال شروع	سال خاتمه	در حال تحصیل	رشته تحصیلی	گرایش	موسسه آموزشی و شهر محل تحصیل	عنوان پایان نامه	معدل
دیپلم								
کاردانی								
کارشناسی								
کارشناسی ارشد								
دکتری								
تخصص								
فوق دکتری / فوق تخصص								
حوزوی								

نام سازمان	سمت و نوع فعالیت	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	آخرین حقوق دریافتی	علت خاتمه همکاری	آدرس	تلفن

نام موسسه	سمت و نوع فعالیت	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	علت خاتمه فعالیت	آدرس	تلفن



فرم اطلاعات فردی

کد: ۱۳۹۴۰۳۱۰-۵۱۰۰۲۲۲۰۸-۰۱

شماره بازنگری: ۲

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۴/۰۳/۱۰

میزان تسلط به کار با کامپیوتر		میزان تسلط						گواهینامه					
نام نرم افزار		ضعیف		متوسط		خوب		عالی		ندارد		دارد	
دارد	ندارد	عالی	خوب	متوسط	ضعیف	عالی	خوب	متوسط	ضعیف	دارد	ندارد	دارد	ندارد

میزان تسلط به زبان خارجی		درک مطلب				ترجمه				مکالمه				انشاء				نام موسسه آموزشی	
نام زبان		ضعیف		متوسط		خوب		عالی		ضعیف		متوسط		خوب		عالی		دارد	ندارد
دارد	ندارد	عالی	خوب	متوسط	ضعیف	عالی	خوب	متوسط	ضعیف	عالی	خوب	متوسط	ضعیف	عالی	خوب	متوسط	ضعیف	دارد	ندارد

سوابق دوره های آموزشی و مهارتی	عنوان دوره	برگزار کننده	تاریخ پایان	تعداد ساعت	گواهینامه		آدرس یا تلفن برگزار کننده
					دارد	ندارد	

توانمندی ها	۱-		۲-
	۳-		۴-

علايق کاری	۱-		۲-
	۳-		۴-

دستاوردها	۱-		۲-
	۳-		۴-

معرف (۲ نفر غیر فامیل)	۱- نام و نام خانوادگی:	تحصیلات:	سمت و محل کار:	نسبت:	تلفن:
	۲- نام و نام خانوادگی:	تحصیلات:	سمت و محل کار:	نسبت:	تلفن:
	۳- نام و نام خانوادگی:	تحصیلات:	سمت و محل کار:	نسبت:	تلفن:

بیمه، وقت گذاری و حق بیمه	سابقه پرداخت بیمه:	<input type="radio"/> دارم <input type="radio"/> ندارم	نام سازمان بیمه گر:	تعداد سال سابقه:	بیمه مسوولیت:	<input type="radio"/> دارم <input type="radio"/> ندارم
	میزان و برنامه وقت گذاری در هفته یا ماه:					
	آخرین حقوق دریافتی:	حقوق مورد انتظار / ماهیانه:	ساعتی:	موردی:	موارد دیگر:	

تایید	بدینوسیله اینجانب	صحت اطلاعات فرم و مستند بودن آن به مدارک قابل ارائه را تایید نموده و مسوولیت مندرجات آن را متعهد می گردم. شایان ذکر است
	موسسه مجاز است در صورت مشاهده هر گونه اظهار خلاف واقع طبق مقررات خود رفتار نماید.	تاریخ تکمیل فرم:
		امضاء: