


	<p>شرکت بیمه حافظ</p> <p>فرم درخواست استخدام</p>	 <p>بیمه حافظ</p>
--	--	--

مشخصات فردی:

نام خانوادگی: _____ نام پدر: _____ کدملی: _____
 شماره شناسنامه: _____ تاریخ تولد: _____ محل تولد: _____
وضعیت تأهل:
 متأهل: مجرد: سایر: تعداد فرزندان: _____ افراد تحت تکفل: _____
وضعیت نظام وظیفه:
 ۱-پایان خدمت: تاریخ پایان خدمت: _____ ۲-معافیت: نوع معافیت: _____
 دین: _____ ملیت: _____ تابعیت: _____
 نشانی محل سکونت: _____ کدپستی: _____
 تلفن تماس: _____ همراه: _____ email: _____
تحصیلات:


آخرین مدرک تحصیلی	رشته تحصیلی	محل تحصیل	تاریخ شروع	تاریخ پایان	معدل
۱-					
۲-					
۳-					

زبان خارجی:

زبان	خواندن				نوشتن				مکالمه			
	ضعیف	متوسط	خوب	عالی	ضعیف	متوسط	خوب	عالی	ضعیف	متوسط	خوب	عالی
۱-												
۲-												
۳-												

سایر تخصص‌ها و آموزشها، دوره‌ها و مهارتها:

ردیف	نوع مهارت، آموزش، دوره، تخصص	نام آموزشگاه/مؤسسه	مدت زمان دوره	مدرک
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				

شرکت بیمه حافظ فرم درخواست استخدام	 بیمه حافظ
---------------------------------------	--

سوابق کاری و بیمه ای:

ردیف	نام مؤسسه/شرکت	تاریخ شروع	تاریخ پایان	آخرین سمت	حقوق دریافتی	علت خاتمه کار
۱						
۲						
۳						
۴						

سابقه کاری کل :

سابقه پرداخت بیمه :

نام صندوق بازنشستگی:

آدرس آخرین محل کار:

تلفن:

مدیر مستقیم:

آیا تاکنون سابقه مراجعه به اداره کار و امور اجتماعی را داشته‌اید؟ بلی خیر

علت و نتیجه مراجعه:

معرف:

نام	نام خانوادگی	شغل	تلفن	آدرس

شغل درخواستی:

میزان حقوق درخواستی:	تاریخ آمادگی برای شروع به کار:
شغل مورد درخواست:	
در چه مشاغل دیگر مایل به همکاری هستید؟	

اینجانب

ضمن تأیید صحت کلیه مطالب فوق مسئولیت ناشی از هرگونه اعلام نادرست اطلاعات را عهده دار می باشم.

تاریخ تکمیل:

امضاء:

این قسمت توسط مسئولین/مدیران شرکت تکمیل می گردد.

اعلام نظر معاونت/مدیر مربوطه:	اعلام نظر مدیریت منابع انسانی:
تاریخ:	تاریخ:
امضاء:	امضاء:

دستور مدیرعامل:

با استخدام نامبرده بصورت: <input type="checkbox"/> آزمایشی <input type="checkbox"/> قراردادی تمام وقت <input type="checkbox"/> قراردادی ساعتی <input type="checkbox"/> موافقت می شود. <input type="checkbox"/> موافقت نمی شود.
امضاء مدیر عامل: