

فرم پرسشنامه استخدام	شرکت آریا سینا کنترل
کد کمدرک: AD-113/01	تاریخ آخرین ویرایش: ۱۳۹۴/۰۹/۰۱

۱- مشخصات فردی :

نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	شماره سریال
شماره کد ملی	جنسیت <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد	تاریخ صدور	محل صدور
وضعیت تاهل	متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>	وضعیت جسمانی	تابعیت

نظام وظیفه	پایان خدمت <input type="checkbox"/> معاف <input type="checkbox"/> غیر مشمول <input type="checkbox"/>	زبان اصلی	وضعیت مسکن	مالک <input type="checkbox"/> مستاجر <input type="checkbox"/>
سابقه بیمه در سازمان تامین اجتماعی	دارم <input type="checkbox"/> ندارم <input type="checkbox"/>	شماره بیمه تامین اجتماعی	نام شعبه	
نوع بیمه	خدمات درمانی <input type="checkbox"/> ارتش <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	توضیحات سوابق بیمه :		

آدرس	ایمیل	
تلفن ثابت	تلفن همراه	تلفن ضروری
	نام و نام خانوادگی	

۲- مشخصات تکمیلی :

مشخصات فرزندان				سایر افراد تحت تکفل		
نام	سال تولد	جنسیت	نام	نسبت	سال تولد	جنسیت

۳- مشخصات تحصیلی :

نام دانشگاه	نام رشته تحصیلی	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	مقطع تحصیلی	محل تحصیل	معدل

۴- دوره های آموزشی :

نام موسسه	عنوان دوره	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	گواهینامه	محل دوره	نمره
				دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>		
				دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>		
				دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>		
				دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>		
				دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>		

فرم پرسشنامه استخدام	شرکت آریا سینا کنترل
کد کمدرک: AD-113/01	تاریخ آخرین ویرایش: ۱۳۹۴/۰۹/۰۱

۵-سوابق کاری :

نام شرکت	آخرین سمت	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	سابقه به ماه	آخرین حقوق	آخرین مزایا	علت ترک کار

۶-مشخصات شماره حساب بانک پاسارگاد :

نام شعبه:	کد شعبه:
نوع حساب بانکی:	شماره حساب :
در صورت عابر کارت شماره کارت	

حقوق درخواستی :

۷ - ارسال کپی مدارک ذکر شده در ذیل اجباری می باشد .

<input type="checkbox"/>	کپی مدارک تحصیلی	<input type="checkbox"/>	کپی کارت ملی	<input type="checkbox"/>	کپی شناسنامه (همه صفحات)
<input type="checkbox"/>	۲ قطعه عکس ۳*۴	<input type="checkbox"/>	کپی کارت پایان خدمت	<input type="checkbox"/>	کپی شناسنامه فرزندان
		<input type="checkbox"/>	کپی دفترچه بیمه	<input type="checkbox"/>	کپی شناسنامه افراد تحت تکفل

- اینجانب در تاریخ/...../..... فرم بالا را تکمیل نموده و صحت کلیه اطلاعات تکمیل شده را تایید می نمایم .

امضاء:

تاریخ :