

جای عکس

نام :	نام خانوادگی :	شماره شناسنامه :	محل صدور :
محل تولد :	تاریخ تولد :	مذهب :	مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>
نشانی دقیق منزل :			
شماره تلفن :			
نام پدر :	تحصیلات و شغل پدر :	محل کار :	
نام مادر :	تحصیلات و شغل مادر :	محل کار :	
نام همسر :	تاریخ ازدواج :	تحصیلات و شغل همسر :	محل کار :
نوع خدمت :	محل خدمت :	واحدی که در آن خدمت نموده اید :	
وضعیت خدمت نظام وظیفه :	تاریخ خاتمه خدمت :	مدت خدمت ماه	شماره کارت پایان خدمت :
وضعیت معافیت :	نوع معافیت :	پزشکی <input type="checkbox"/> کفالت <input type="checkbox"/> خرید خدمت <input type="checkbox"/> سایر :	
	تاریخ دریافت معافی :	علت معافی :	

نام و مشخصات فرزندان			نام و مشخصات خواهران و برادران			
ردیف	نام	سن	میزان تحصیلات و شغل	نام	سن	میزان تحصیلات و شغل
۱						
۲						
۳						
۴						

مقطع تحصیلی	نام مؤسسه آموزشی	محل تحصیل	نوع مدرک	تاریخ	رشته تحصیلی
دبیرستان					
کاردانی					
لیسانس					
فوق لیسانس					

مهارت و فنون و دوره های تخصصی که تاکنون کسب کرده اید را توضیح دهید :

آموزشی

تجربی :

آیا قصد ادامه تحصیل را دارید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/>	در چه رشته ای؟	کدام مؤسسه؟
در چه موقع تصمیم به ادامه تحصیل دارید؟	آیا در کنکور ورودی شرکت کرده اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/>	در چه تاریخ؟

میزان آشنایی با زبان خارجی			
نام	مکالمه	خواندن	نوشتن
	عالی خوب متوسط ضعیف	عالی خوب متوسط ضعیف	عالی خوب متوسط ضعیف

سوابغ شغلی						
ردیف	نام محل کار	شروع همکاری	خاتمه همکاری	آخرین دریافتی	آخرین سمت	علت قطع همکاری
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						

آیا گواهینامه را ندگی دارید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نوع گواهینامه: پایه ۱ <input type="checkbox"/> پایه ۲ <input type="checkbox"/> موتور سیکلت <input type="checkbox"/>
آیا سابقه بیماری مستمر یا واگیردار داشته اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نوع بیماری: آیا کاملاً بهبود یافته اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/>
آیا نواقص بدنی در شما وجود دارد؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نوع نقص: آیا درمان شده اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/>
آیا سابقه فعالیت حزبی داشته اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> کدام حزب؟ کد مدت؟ چه مدتی؟ چه تاریخی؟
آیا تاکنون در اداره پلیس سابقه داشته اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> چه تاریخی؟ به چه علتی؟
به چه تفریحات و فعالیت‌هایی در هنگام بیکاری و فراغت می پردازید؟
آیا ورزش می کنید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در چه رشته ای؟
آیا مطالعه می کنید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> روزنامه <input type="checkbox"/> مجله <input type="checkbox"/> کتاب <input type="checkbox"/> در هفته چند ساعت؟ بهترین کتاب که خوانده اید را نام ببرید؟
آیا از دوستان یا بستگان شما در این شرکت شاغل می باشند؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نام: نسبت:
برای ضمانت چه کسی را معرفی می نمایید؟ نام: نام خانوادگی: شغل:
نشانی محل کار: تلفن:
نشانی منزل: تلفن:

حداقل نام دو نفر معرف که با شما خویشاوندی ندارند را ذکر کنید.				
نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	تلفن	نشانی محل کار یا سکونت

آیا قادر به انجام مسافرت (مأموریت) هستید ؟ خیر بلی

علاقه مند به تصدی چه شغلی در شرکت هستید ؟
به چه دلیل ؟

حداقل حقوقی که در نظر دارید ؟ (جواب صریح داده شود و از دادن جوابهایی مانند بسته به نظر شرکت خودداری گردد)

لطفاً هر نکته دیگری که لازم می دانید در این قسمت مرقوم فرمایید.

لطفاً کروکی دقیق منزل خود را بکشید .

با دادن پاسخ صحیح به کلیه سؤالات این پرسشنامه درخواست کار در این شرکت را دارم و متعهد می شوم که به کلیه سؤالات فوق پاسخ صحیح داده و در صورتی که کذب هر یک از جوابها معلوم شود به منزله استعفای من از این شرکت تلقی خواهد شد و همچنین در صورت استخدام کلیه آئین نامه ها و مقررات داخلی شرکت اعم از آن چه تاکنون وجود دارد یا در آینده به تصویب خواهد رسید را قبول می نمایم و به شرکت اجازه می دهم هر نوع تحقیقی که لازم بداند درباره من انجام دهد .

نام و نام خانوادگی

امضاء

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید .

نظرات و نتیجه ارزشیابی

- ۱

- ۲

- ۳

{{ نظریه کارگزینی }}