فرم تقاضای فعالیت در کلینیک های ویژه دانشگاه

کلینیک ویژه : ....................

الف) مشخصات فردی

**نام..................نام خانوادگی .......................................... نام پدر..................شماره شناسنامه ..................محل تولد......................**

**تاریخ تولد............. کد ملی .............................. وضعیت تاهل : متاهل 🞏 مجرد🞏 سایر🞏 وضعیت نظام وظیفه ..................**

**ب)اطلاعات تحصیلی و شغلی**

**مدرک تحصیلی ..............................................رشته تحصیلی .................................................. پست سازمانی.........................**

**نوع رابطه استخدامی با دانشگاه ............................ محل خدمت ............................................................. سابقه کار.........سال**

**عنوان شغلی مورد تقاضا....................................**

**ج) اطلاعات تماس**

**آدرس منزل :........................................................................................................................................................................................**

**شماره تلفن ثابت: .....................................................................شماره تلفن همراه : ..........................................................................**

**اینجانب ....................................................با مشخصات فوق متقاضی انجام اضافه کاری در کلینیک ویژه .......................می باشم و متعهد می گردم، حداقل یکماه قبل از تصمیم بر قطع همکاری با کلینیک درخواست خود را بصورت مکتوب به مسوول کلینیک ویژه محل فعالیت اعلام نمایم.**

**امضا و تاریخ**

**اثر انگشت**

**نظریه مسئول حراست معاونت درمان:**

**بکارگیری خانم /آقای .............................................................در کلینیک ویژه ................................تحت عنوان ................................**

**از نظر این حوزه بلامانع می باشد.**

**مهر و امضا مسئول حراست**