

محل الصاق عکس

FHU01001/01

پرسشنامه استخدامی

نام و نام خانوادگی :		شماره شناسنامه :		تاریخ و محل تولد :				
نام پدر :		مجرد <input type="checkbox"/> متارکه <input type="checkbox"/> فوت همسر <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/>		دین :				
آدرس دقیق :		موبایل :		شماره یکی از نزدیکان برای مواقع لزوم :				
تلفن منزل :		درجه :		انجام داده <input type="checkbox"/>				
تاریخ شروع :		تاریخ پایان :		مدت خدمت :				
معاфیت <input type="checkbox"/>		موقت <input type="checkbox"/> دائم <input type="checkbox"/>		علت معاфیت :				
تاریخ اعتبار معاфیت :								
مشخصات همسر و افراد تحت تکفل	ردیف	نام	نام خانوادگی	نسبت	تاریخ تولد	شغل	آدرس و تلفن محل کار	
ترتیب مقاطع تحصیلی به ترتیب مقاطع تحصیلی	مدارک تحصیلی اخذ شده	رشته تحصیلی	نام موسسه آموزشی	کشور	شهر	از تاریخ	تا تاریخ	معدل
خواستار - خواهر - برادر (پدر - مادر -)	نام و نام خانوادگی	نسبت	میزان تحصیلات	رشته تحصیلی	شغل			
دوره های آموزشی	ردیف	موضوع	عنوان گواهی	نام موسسه آموزشی	کشور	شهر	تاریخ	مدت به روز
آشنائی با زبانهای خارجی	میزان آشنائی							
	زبان		مکالمه		خواندن و نوشتن		درک مطلب	
	ضعیف	متوسط	خوب	ضعیف	متوسط	خوب	ضعیف	متوسط
علاقه مندی ها	علاقه مند به کدام رشته شغلی می باشید							
	روز کار ۱۰ ساعته <input type="checkbox"/>		روز کار ۱۲ ساعته <input type="checkbox"/>		تولیدی <input type="checkbox"/>		سایر : <input type="checkbox"/>	
	اولات فراغت خود را کجا و چگونه می گذرانید :		شیفت ۱۲ ساعته روز شب <input type="checkbox"/>					

علمی - فنی - هنری و ورزشی	ردیف	موضوع	کاربرد	نحوه یادگیری	کارهای انجام شده	موفقیتها		
سوابق کاری	ردیف	نام محل کار	تلفن	سمت	حقوق	از تاریخ	تا تاریخ	علت ترک کار
دارائی ها	دارائی های خود را به تفکیک و دقیق بنویسید :							
	وضعیت مسکن	ملک شخصی	خانوادگی	اجاره ای	رهن	سازمانی	سایر :	
	وضعیت خودرو شخصی	نوع خودرو :	مدل :	کاربری :				
	سایر دارائی ها							
اجتماعی	وضعیت							
	آیا جزء : خانواده شهدا <input type="checkbox"/> اسرا <input type="checkbox"/> مفقودین <input type="checkbox"/> هستید؟ چه نسبتی دارید؟							
	آیا تا بحال سابقه محکومیت کیفری داشته اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> علت :							
وضعیت جسمانی	وضعیت							
	آیا سابقه فعالیت سیاسی داشته اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در چه تاریخی و چه مدت :							
	آیا نقص عضوی دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع نقص ذکر شود :							
	آیا اعتیادی دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع اعتیاد ذکر شود :							
	آیا سیگار میکشید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مقدار مصرف ذکر شود :							
آیا عینکی هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> شماره عینک خود را ذکر کنید :								
بیماری عمده ای که تا کنون مبتلا شده اید نام ببرید :								
معرفین	مشخصات سه نفر را که میتوانند معرف خصوصیات فردی و اجتماعی و شغلی شما باشند را ذکر کنید (در صورت داشتن شغل قبلی از همکارن شغل قبلی باشد)							
	ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	آدرس و تلفن محل کار	آدرس و تلفن محل سکونت			
	۱							
	۲							
شرکت	مشخصات سه نفر را که در این شرکت مشغول بوده و می توانند معرف شما باشند را ذکر کنید							
	ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	آدرس و تلفن محل کار	آدرس و تلفن محل سکونت			
	۱							
	۲							
مسافرت های خارج از کشور	نوبت	هدف	کشور	شهر	از تاریخ	تا تاریخ	تامین کننده هزینه	نتایج حاصله
	اول							
	دوم							

اینجانب با توجه به تحصیلات و سوابق کاری خود متقاضی شغل با حقوق میباشم
توجه : چنانچه بعد از استخدام معلوم شود که اطلاعات داده شده در این پرسشنامه خلاف حقیقت بوده شرکت میتواند بدون مزایا رابطه
استخدامی خود را بطور یکطرفه قطع نماید .

امضا

تاریخ :

نظریه مدیر واحد	
درخواست کننده	
نظریه مدیریت	
شرکت	