



نام (شناسنامه ای با پیشوند یا پسوند): نام خانوادگی (شناسنامه ای با پیشوند یا پسوند):

تاریخ تولد: با فرمت/...../..... جنسیت: مرد زن نام پدر: شماره شناسنامه:

کد ملی ۱۰ رقمی:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 کشور محل تولد: شهر محل تولد: تابعیت:

شماره سریال شناسنامه: محل صدور شناسنامه: نام لاتین: نام خانوادگی لاتین:

وضعیت نظام وظیفه: پایان خدمت - معافیت <<< (کفالت تحصیلی پزشکی) - خرید خدمت - در حال خدمت دین: مذهب:

وضعیت تأهل: مجرد متأهل تعداد فرزندان: آدرس منزل:

وضعیت بیمه اجتماعی: دارم ندارم ساعتی (پاره وقت) نوع و نام بیمه: شماره بیمه:

شماره تلفن منزل: شماره همراه: ایمیل:

رشته تحصیلی: گرایش: آخرین مدرک تحصیلی: نوع دانشگاه: داخلی خارجی

نام دانشگاه: کشور محل اخذ مدرک:

ارزشیابی وزارت علوم (مختص مدارک اخذ شده خارج از کشور): دارد ندارد (در صورتیکه ارزشیابی وزارت علوم را ندارید، آخرین مدرک قابل ارائه

داخلی یا خارجی مورد تأیید را قید نمایید <<<<

تاریخ شروع آخرین مقطع تحصیلی: با فرمت/...../..... تاریخ اخذ مدرک آخرین مقطع تحصیلی: با فرمت/...../.....

معدل: گروه یا گروه های آموزشی در حال همکاری:

مرتبه علمی (مختص اعضای هیأت علمی مدعو): پایه (مختص اعضای هیأت علمی مدعو):

آدرس محل کار: شماره تماس محل کار:

لازم به ذکر است، از آنجاییکه در پرداخت حق الزحمه دانشگاه، بانک کشاورزی در اولویت میباشد، شماره حساب بانک مذکور را در جدول ذیل مرقوم فرمایید و در صورتیکه حسابی به نام (فقط خودتان) در بانک کشاورزی ندارید، لطفاً شماره شبای یکی از بانک های دولتی را با ذکر نام بانک در کادر زیر وارد فرمایید:

شماره حساب و شبا:	شهر:	نام شعبه:
-------------------	------	-----------

مدارک مورد نیاز: ۱- دو قطعه عکس پرسنلی پشت نویس شده ۲- کپی پشت و رو کارت ملی ۳- کپی شناسنامه تمام صفحات ۴- کپی آخرین مدرک تحصیلی ۵- کپی کارت نظام وظیفه ۶- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه درمانی ۷- رزومه ۸- آخرین حکم کارگزینی (مختص اعضای هیأت علمی دانشگاه ها)

امضاء:

تاریخ:

جهت ارسال فرم تکمیل شده اطلاعات و تصویر مدارک خواسته شده میتوانید به آدرس الکترونیکی زیر اقدام فرمایید

toorajyarallahi@gmail.com