

فرم اطلاعات کارکنان		شماره:	تاریخ:
عکس	نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	
	شماره شناسنامه:	شماره ملی:	
	تاریخ / محل تولد:	وضعیت تاهل:	
مذهب:		تابعیت:	
وضعیت مسکن:		وضعیت نظام وظیفه:	
شماره تلفن ثابت:		شماره تلفن ضروری:	
شماره همراه:		حقوق درخواستی:	
تاریخ آماده به کار:		نحوه آشنایی با شرکت:	
آدرس محل سکونت:			
تخصصیات	مقطع تحصیلی	رشته تحصیلی	معدل
تاریخ اخذ مدرک (از تاریخ / تا تاریخ)			
آدرس محل تحصیل			
سوابق شغلی:			
نام شرکت	سمت	مدت اشتغال	از تاریخ تا تاریخ
نام مسئول / آدرس / تلفن	علت تغییر شغل	حقوق دریافتی	
مشخصات دو نفر از آشنایان که می شناسید و بتوانند درباره شما اظهار نظر نمایند			
نام و نام خانوادگی	شغل	نسبت	آدرس و تلفن
آیا خود یا اقوام درجه یک شما ، سابقه بیماری خاصی را دارید ؟ ( در صورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید)			
آیا شما سیگار می کشید؟			

اینجانب گواهی می نمایم که کلیه مشخصات و اطلاعات ذکر شده کاملاً صحیح بوده و هرگاه عدم صحت هر یک از موارد فوق ثابت گردد، شرکت حق خواهد داشت که همکاری خود را در ارتباط با اینجانب راساً و یکطرفه فسخ و یا در آن به میل خود تجدید نظر نماید و اینجانب حق هیچگونه اعتراض و شکایتی را نخواهم داشت.