

نام :

نام خانوادگی :

نام پدر :

شماره ملی :

تاریخ تولد :

شماره شناسنامه :

محل درج عکس

مقطع تحصیلی	رشته تحصیلی	نام دانشگاه	محل تحصیل	معدل دوره
لیسانس				
فوق لیسانس				
دکتر ا				

آدرس محل سکونت :

کد پستی ۱۰ رقمی :

تلفن ثابت :

تلفن همراه :

پست الکترونیکی :

اینجانبضمن تأیید صحت اطلاعات ارائه شده متقاضی بکارگیری و خدمت در شرکتهای تابعه شرکت سرمایه گذاری تامین اجتماعی در سطح کشور به ترتیب اولویت در استانهای :

۱-

۲-

۳-

لطفاً نام سه استان مورد درخواست را به ترتیب اولویت قید نمائید .

محل امضاء

می باشم