

اطلاعات فردی

نام: نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه: تاریخ تولد: / / ۱۳
 محل صدور: تابعیت: مذهب: کد ملی:
 وضعیت تاهل: مجرد متاهل تعداد فرزندان: افراد تحت تکفل:
 وضعیت نظام وظیفه: پایان خدمت معاف نوع معافیت:
 آدرس کامل محل سکونت:
 شماره تلفن منزل: کد شهر: شماره تلفن همراه:

وضعیت جسمانی

وضعیت جسمانی: سالم معلول نوع معلولیت:
 (منظور از معلولیت هرگونه عارضه و یا مشکل جسمانی می باشد که سلامت کامل فرد را تحت الشعاع قرار داده است. مثلاً ضعف بینایی و ...)

مشخصات ظاهری

سایز کفش	سایز لباس	وزن	قد
	S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> 2XL <input type="checkbox"/> 3XL <input type="checkbox"/> کیلو گرم سانتی متر

نحوه آشنایی با شرکت

جراید کاربایی درخواست کتبی و حضوری معرف

نام معرف: محل کار: سمت: تلفن:
 آدرس محل کار معرف:

سوابق تحصیلی: جدول زیر را به ترتیب اخذ آخرین مدرک تحصیلی و حداکثر دو مدرک پایانی ذکر نمایید

ردیف	نوع مدرک	رشته تحصیلی	گرایش	نام دانشگاه محل تحصیل	استان محل تحصیل	سال اخذ مدرک	معدل
۱							
۲							

هم اکنون در حال تحصیل در رشته در مقطع در دانشگاه در استان می باشم و تا تاریخ فارق التحصیل خواهم شد.

میزان آشنایی و تسلط به زبان های خارجی

ردیف	نوع زبان	خواندن			نوشتن			مکالمه			ترجمه			توانایی انتقال به دیگران
		خوب	متوسط	ضعیف	خوب	متوسط	ضعیف	خوب	متوسط	ضعیف	خوب	متوسط	ضعیف	
۱														
۲														

سوابق کاری: در صورتی که دارای سابقه کار می باشید جدول زیر را تکمیل نمایید

ردیف	نام موسسه / سازمان	نوع فعالیت	مدت سابقه	عنوان شغل	میزان آخرین حقوق دریافتی	علت ترک کار	شماره تماس
۱							
۲							
۳							
۴							

آیا در حال حاضر شاغل می باشید؟ بلی خیر آیا تعهدی در قبال شرکت قبلی دارید؟ بلی خیر چه تعهدی؟

دوره های آموزشی: در صورت طی مراحل و دوره های آموزشی جدول زیر را تکمیل نمایید. مدارک علمی دوره های تحصیلی مربوط به این جدول نمی باشد

ردیف	نام دوره آموزشی	نام موسسه آموزش دهنده	مدت آموزش (به ساعت)	میزان مهارت	گواهینامه		توانایی انتقال به دیگران
					دارد	ندارد	
۱							
۲							
۳							
۴							

مهارت های خاص: این جدول فقط مخصوص افرادی است که دارای مهارتی خاص بوده که در چهارچوب فعالیت های سازمان می تواند موثر باشد					
ردیف	نوع مهارت	درجه مهارت	نوع فراگیری مهارت		
			دارم	ندارم	
۱					
۲					
۳					
سوابق بیمه					
سابقه بیمه: دارم <input type="checkbox"/> ندارم <input type="checkbox"/> سازمان بیمه گر: سازمان تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> خدمات درمانی <input type="checkbox"/> نیرو های مسلح <input type="checkbox"/> بانک ها <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>					
مدت بیمه ماه شماره بیمه: آیا از بیمه بیکاری استفاده کرده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					
شروع استفاده از بیمه بیکاری از تاریخ لغایت مدت زمان استفاده از بیمه بیکاری ماه					
آشنایان: نام دو نفر به غیر از بستگان درجه یک و یا پرسنل شرکت که شما را کاملاً بشناسند ذکر نمایید					
ردیف	نام و نام خانوادگی	محل کار	شغل / سمت	سابقه آشنایی	تلفن تماس
در صورتیکه اقوام و یا دوستان شما با این شرکت همکاری می کنند نام ببرید					
ردیف	نام و نام خانوادگی	محل کار	سمت	نسبت	
حقوق مورد تقاضا: ریال شغل مورد تقاضا: زمان آمادگی برای شروع به کار از تاریخ: / / ۱۳					
اینجا نب گواهی می نمایم کلیه اطلاعات و پاسخ های مندرج در این پرسشنامه مطابق با واقعیت و با هوشیاری کامل تکمیل گردیده است. لذا تعهد می نمایم در صورت اثبات خلاف آن در هر زمان، شرکت توان باتری حق برخورد و برکناری اینجانب را دارد و همچنین متعهد می شوم تمامی ضرر و زیان و خسارت حاصله را پرداخت کنم.					
امضاء و تاریخ / /					