|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| بسمه تعالي دانشگاه علوم پزشكي وخدمات بهداشتي درماني ایران خلاصه اطلاعات پرسنلي  نام ونام خانوادگي : شماره مستخدم:  **عنوان پست سازمانی:**  رسته: شماره پست سازماني:  رشته شغلی: طبقه شغلی: آخرین محل خدمت: صفحه:1 | | | | | | |
| آخرين مدرك تحصيلي: رشته تحصيلي: تاريخ اخذ:( به ماه وسال) | | | | | | |
| **مشاغل مورد تصدي** | **واحد محل خدمت** | **ازتاريخ** | **تاتاريخ** | **تجربه مربوط ومشابه** | **تجربه غيرمربوط** | **ملاحظات** |
|  |  |  |  |  |  | 1- تعداد گروه/طبقه تشویقی:  2- گروه تشویقی بابت:  3- تعداد تعجیل استفاده شده:  4- تاریخ آخرین طبقه شغلی استحقاقی: |
| خدمت نظام وظيفه: دارد: ندارد: ازتاريخ: تاتاريخ: بمدت: | | | | | | |
| جمع سنوات خدمت دولتي تا تاريخ: بمدت: سال ماه روز | | | | | | |
| **ايام عدم اشتغال:مرخصي بدون حقوق ،ترك خدمت،انفصال**وتعليق **و..... حضوردرجبهه يابسيج – درصد جانبازي:**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **رديف** | **ازتاريخ** | **تا تاريخ** | **به مدت** | **ملاحظات** |  | **رديف** | **ازتاريخ** | **تا تاريخ** | **درصد جانبازي** | **ملاحظات** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **جمع مدت : روز ماه سال** | | | | | **جمع مدت : روز ماه سال** | | | | | | | | | | | |
| صفحه:2  نام ونام خانوادگي : عنوان پست سازماني:    **سابقه خدمت غيردولتي :**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **رديف** | **نام واحد** | **ازتاريخ** | **تاتاريخ** | **مدت پرداخت بيمه** | **نوع شغل** | **سياهه ريز حقوقي** | **ملاحظات** | |  |  |  |  |  |  |  |  | | **جمع سابقه خدمت غيردولتي روز ماه سال** | | | | | | | |   **دوره هاي آموزشي: مدارك تحصيلي قبلي:**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **رديف** | **نام دوره** | **رديف** | **نام دوره** | آخرين نمره ارزشيابي :  سال : | **رديف** | **نوع مدرك تحصيلي** | **تاريخ اخذ به سال وماه** | |  |  |  |  |  |  |  |   مورد تخلفات اداري كه منجر به انفصال ازخدمت يا كسرگروه وپايه باشد با ذكر اسناد قانوني:  تنظيم كننده: مسئول كارگزيني: بازبين كننده:رئيس امور اداري: تائيدكننده:رئيس/مدير مركز/واحد:  نام ونام خانوادگي : نام ونام خانوادگي : نام ونام خانوادگي :  امضاء امضاء امضاء | | | | | | |