

باسمه تعالی

فرم استشهاد محل سکونت جهت شرکت در

در آزمون استخدامی دانشگاه‌ها/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور

اینجانب فرزند و کد ملی از

مطالعین و معتمدین محل تقاضا دارم که شهرستان محل سکونت فعلی و مدت سکونت اینجانب را گواهی نمایند.

با تشکر

امضا و اثر انگشت

اینجانبان امضاءکنندگان ذیل گواهی می‌نماییم که نامبرده بالا در حال حاضر در بخش از

شهرستان ساکن بوده و مدت سال ماه نیز در این شهرستان سکونت داشته است.

اینجانب به کد ملی صحت مراتب فوق را گواهی می‌نمایم. امضا و اثر انگشت

اینجانب به کد ملی صحت مراتب فوق را گواهی می‌نمایم. امضا و اثر انگشت

اینجانب به کد ملی صحت مراتب فوق را گواهی می‌نمایم. امضا و اثر انگشت

«این قسمت توسط نیروی انتظامی (پاسگاه یا کلانتری محل) تکمیل گردد.»

موارد فوق مورد تایید این می‌باشد

محل مهر - امضا

فرمانداری یا نیروی انتظامی

تذکرات مهم

۱. تکمیل این فرم برای تمامی داوطلبان بومی که متقاضی استفاده از اولویت استخدام به لحاظ ساکن بودن با سابقه حداقل ده سال سکونت می‌باشند، الزامی است.

۲. داوطلبان بومی که دارای سوابق تحصیلی در مقاطع ابتدایی، راهنمایی و یا دبیرستان در شهرستان باشند، با تایید اداره آموزش و پرورش شهرستان صرفاً می‌توانند از آن برای احراز تمام و یا قسمتی از سوابق ده سال سکونت در شهرستان بهره‌مند گردند و تکمیل این فرم برای احراز سکونت فعلی آنان در شهرستان، الزامی می‌باشد.

۳. چنانچه متقاضی برای تایید سابقه حداقل ده سال سکونت خود در شهرستان، در بیش از یک بخش از این شهرستان سکونت داشته باشد، می‌تواند از یک نسخه دیگر از این فرم نیز برای این منظور استفاده کند.

۴. این فرم صرفاً جهت بهره‌مندی داوطلبان متقاضی استفاده از اولویت بومی شهرستان در آزمون استخدامی دانشگاه‌ها/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور می‌باشد.