

بسمه تعالی

"فرم استعلام محل سکونت جهت شرکت در آزمون استخدامی دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور سال ۱۴۰۱"

اینجانب فرزند کد ملی از مطلعین و معتمدین محل تقاضا دارم که شهرستان محل سکونت فعلی و مدت سکونت اینجانب را گواهی نمایند.

با تشکر

امضاء و اثر انگشت

اینجانبان امضا کنندگان ذیل گواهی می نمایم که نامبرده بالا در حال حاضر در بخش شهرستان ساکن بوده و مدت سال ماه نیز در این شهرستان سکونت داشته است.

اینجانب به کد ملی صحت مراتب فوق را گواهی می نمایم. امضاء و اثر انگشت

اینجانب به کد ملی صحت مراتب فوق را گواهی می نمایم. امضاء و اثر انگشت

اینجانب به کد ملی صحت مراتب فوق را گواهی می نمایم. امضاء و اثر انگشت

این قسمت توسط نیروی انتظامی (پاسگاه یا کلانتری محل) و فرمانداری شهرستان تکمیل گردد.

موارد فوق مورد تأیید می باشد.

محل مهر - امضاء

محل مهر - امضاء

پاسگاه یا کلانتری محل

فرمانداری شهرستان

تذکرات مهم:

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

۲- داوطلبان بومی شهرستانی که دارای سوابق تحصیلی در مقاطع ابتدایی، راهنمایی و یا دبیرستان در شهرستان مورد تقاضا باشند، با تأیید اداره آموزش و پرورش شهرستان مربوطه صرفاً می توانند از آن برای احراز تمام و یا قسمتی از سوابق ده سال سکونت در شهرستان مورد تقاضا بهره مند گردند و تکمیل این فرم برای احراز سکونت فعلی آنان در شهرستان مورد نظر، الزامی می باشد.

۳- چنانچه متقاضی برای تأیید سابقه حداقل ده سال سکونت خود در شهرستان مورد تقاضا، در بیش از یک بخش از شهرستان مربوطه سکونت داشته باشد، می تواند از یک نسخه دیگر از این فرم نیز برای این منظور استفاده کند.

۴- این فرم صرفاً جهت بهره مندی داوطلبان متقاضی استفاده از اولویت بومی شهرستانی (به جز شهرستان تهران و مراکز استان ها) در آزمون های استخدامی امتحانات مشترک فراگیر دستگاه های اجرایی کشور می باشد.