

بسمه تعالی

فرم استشهاد محل سکونت جهت شرکت در آزمون شرکتی دانشگاه علوم پزشکی جیرفت 1402

اینجانب ..... فرزند ..... با کد ملی ..... تقاضا دارم جهت استفاده از سهمیه بومی، شهرستان محل سکونت فعلی به ادرس ..... و مدت سکونت اینجانب به مدت ..... سال را تایید نمایند.

با تشکر

امضا و اثر انگشت

این قسمت توسط واحد حراست واحد مورد تقاضا تکمیل گردد.

موارد فوق مورد تایید اینجانب ..... می باشد .

محل مهر و امضا

این قسمت توسط فرمانداری شهرستان مورد تقاضا تکمیل گردد.

موارد فوق مورد تایید اینجانب ..... می باشد .

محل مهر و امضا

تذکر مهم:

- 1- تکمیل این فرم برای تمامی داوطلبان بومی شهرستانی که متقاضی استفاده از اولویت استخدام به لحاظ ساکن بودن با سابقه حداقل ده سال سکونت می باشند، الزامی است.
- 2- صحت اطلاعات فوق توسط واحد حراست دانشگاه استعلام خواهد شد.