



فرم پرسشنامه همکاری

سازمان بسیج حقوق دانان کل کشور

۱- اطلاعات شغفی:

نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره شناسنامه:	تاریخ تولد: / / ۱۳
کد ملی:	تاریخ و محل صدور شناسنامه:	محل تولد:	دین (مذهب):
وضعیت تاهل: مجرد ☐ متاهل ☐			
سلامت وضعیت رومی و جسمانی ☐ بلی ☐ غیر ☐			
در صورت فیر توضیح دهید:			

۲- خدمت نظام وظیفه: ☐ انجام داده ☐ معاف از خدمت : ذکر نوع و علت معافیت: / /
وضعیت عضویت در بسیج و سابقه: ☐ عادی ☐ فعال

۳- سوابق تحصیلی و آموزشی:

مدرك تحصیلی (به ترتیب آخرین مدرک)	رشته تحصیلی	معدل کل	تاریخ شروع	تاریخ پایان	نام مؤسسه آموزشی	شهر - کشور

۴- تجربیات شغلی:

نام سازمان یا شرکت (به ترتیب از آخرین سابقه)	سمت / شغل	مدت سابقه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	آخرین حقوق و مزایا/ریال	علت ترک خدمت

۵- آیا قبلاً در این نهاد اشتغال به کار داشته اید؟ ☐ بلی ☐ غیر
علت قطع رابطه کاری را ذکر کنید

۶- آشنایی به زبانهای خارجی ، کامپیوتر و سایر دوره ها:

نام زبان / وضعیت			ضعیف	متوسط	خوب	عالی	نام زبان / وضعیت			ضعیف	متوسط	خوب	عالی
انگلیسی	فوائدن							فوائدن					
	نوشتن							نوشتن					
	مکالمه							مکالمه					

☐ windows ☐ Word ☐ Excell ☐ Acess ☐ internet ☐ Power Point ☐ type ☐ سایر:

آشنایی با
کامپیوتر:

گواهینامه دوره های فنی و حرفه ای یا موسسات آموزشی	ردیف	نام دوره آموزشی	نام موسسه آموزش	مدت دوره	تاریخ شروع	تاریخ پایان	توضیحات
	۱						
	۲						

۸- فعالیت های علمی:

☐ ارائه سمینار

☐ تدوین کتاب یا مقاله علمی

☐ سایر فعالیت های علمی

۹- نمونه همکاری:

تمایل به همکاری بصورت :

☐ تمام وقت

☐ پاره وقت

☐ همکاری خارج از مرکز (کارگاه)

در صورت تمایل به کار پاره وقت ساعات و روزهای همکاری را دقیقاً اعلام فرمایید.

۱۰- شغل مورد درخواست :

تاریخی که می توانید مشغول به کار شوید؟

۱۱- آیا دارای سابقه پرداخت حق بیمه هستید

در صورت مثبت بودن چند سال و شماره بیمه؟

۱۲- چگونگی آشنایی شما با نهاد :

۱۳- دونفر از کسانی که شما را به فوبی می شناسند و هیچگونه نسبت فامیلی با شما ندارند را ذکر فرمایید:

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	شغل	نشانی و محل کار	تلفن

۱۴- در صورت انتقال یا مأموریت ماضر به رفتن به شهرستانها و شعبات دیگر هستید؟

☐ بلی

☐ فیر

۱۵- اکنون مشغول به کار هستید؟
در صورت لزوم آیا می توانید تضمین بدهید ؟

☐ بلی

☐ فیر

☐ بلی

☐ فیر

۱۶- مقوق مورد انتظار:

☐ برابر ضوابط سازمان

☐ پیشنهادی

☐ مبلغ پیشنهادی

۱۷- افراد تحت تکفل:

نام و نام خانوادگی	جنسیت	نسبت با کارمند	تاریخ تولد روز / ماه / سال	میزان تمصیلات	شغل

۱۸- آدرس محل سکونت:

☐ منزل شفصی

☐ منزل اجاره ای

☐ سایر

☐ توضیح:

آدرس و محل سکونت :
تلفن تماس

بدینوسیله صحت کلیه اطلاعات مندرج در این فرم را تأیید و گواهی می نمایم.

نام و نام خانوادگی :

امضاء و تاریخ:

توجه: تکمیل نمودن این فرم هیچگونه تعهدی در قبال استفاده شما برای شرکت ایجاد نمی نماید.

قسمت زیر توسط شرکت تکمیل می گردد.

نتیجه ارزیابی مصامبه:

مصامبه کننده اول :

امضاء

مصامبه کننده نهایی :

امضاء

نظر مدیریت ممتازه:

امضاء