

بسمه تعالی

فرم استشهاد محل سکونت جهت شرکت در آزمون استخدامی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی دزفول ۱۴۰۲/۷/۲۸

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

آدرس دقیق محل سکونت فعلی:

با تشکر

امضا و اثر انگشت

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

اینجانب به کدملی صحت مراتب فوق را گواهی می نمایم. امضا و اثر انگشت

اینجانب به کدملی صحت مراتب فوق را گواهی می نمایم. امضا و اثر انگشت

اینجانب به کدملی صحت مراتب فوق را گواهی می نمایم. امضا و اثر انگشت

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

موارد فوق مورد تایید این می باشد.

محل مهر-امضا

فرمانداری یا پاسگاه یا کلانتری محل

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 شهرستان که دارای سوابق تحصیلی در مقاطع ابتدایی، راهنمایی و یا دبیرستان در شهرستان باشند، با تایید اداره
آموزش و پرورش شهرستان صرفاً می توانند از آن برای احراز تمام و یا قسمتی از سوابق ده سال سکونت در شهرستان بهره مند گردند
و تکمیل این فرم برای احراز سکونت فعلی آنان در شهرستان الزامی است.

۳- چنانچه متقاضی برای تایید سابقه حداقل ده سال سکونت خود در شهرستان، در بیش از یک بخش از شهرستان 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 شهرستان در آزمون استخدامی دانشگاه های علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی کشور می باشد.