|  |
| --- |
| **فرم اطلاعات تکمیلی کارکنان** |
| **نام :** | **نام خانوادگی:** | **مقطع تحصیلی :** | **تاریخ استخدام :** |
| **سوابق خارج از دانشگاه که حق بیمه پرداخت شده است** | **محل کار :** | **از تاریخ**........................ **تا** .................... **به مدت (** ........... **روز** .......... **ماه** .......... **سال )** |
| **محل کار :** | **از تاریخ**........................ **تا** .................... **به مدت (** ........... **روز** ........... **ماه** ......... **سال )** |
| **محل کار :** | **از تاریخ**........................ **تا** ..................... **به مدت (** .......... **روز** ............ **ماه** ........ **سال )** |
| **وضعیت خدمت نظام وظیفه** | **انجام شده است** **[ ]**  | **از تاریخ** ....................**تا** ........................ **(به مدت** ......... **ماه) جزء سوابق بیمه محاسبه شده است****[ ]  نشده است****[ ]**  |
| **انجام نشده است** **[ ]  نوع معافیت :** |
| **دوره طرح خدمت(ویژه فارغ التحصیلان پرستاری و مامایی)** | **از تاریخ** ..........................**تا** .......................... **به مدت** .............. **ماه** | **جزء سوابق بیمه محاسبه شده است[ ]  نشده است[ ]**  |
| **مدت استفاده از مرخصی بدون حقوق در دانشگاه** | **از تاریخ**................................. **تا** ....................................... **به مدت (** .............. **روز** ................. **ماه** ................ **سال )** |
| **از تاریخ**................................. **تا** ....................................... **به مدت (** .............. **روز** ................. **ماه** ................ **سال )** |
| **از تاریخ**................................. **تا** ....................................... **به مدت (** .............. **روز** ................. **ماه** ................ **سال )** |
| **از تاریخ**................................. **تا** ....................................... **به مدت (** .............. **روز** ................. **ماه** ................ **سال )** |
| **از تاریخ**................................. **تا** ....................................... **به مدت (** .............. **روز** ................. **ماه** ................ **سال )** |
| **مدت انفصال از خدمت در دانشگاه** | **از تاریخ**................................. **تا** ....................................... **به مدت (** .............. **روز** ................. **ماه** ................ **سال )** |
| **وضعیت ایثارگری** | **شاهد** |  | **فرزند شهید**  |
|  | **همسر شهید**  |
|  | **برادر / خواهر شهید**  |
| **جانباز (**..............**درصد)** |  | **جانباز**  |
|  | **همسر جانباز**  |
|  | **فرزندجانباز** |
| **آزاده****(به مدت**.......... **ماه)** |  | **آزاده**  |
|  | **همسر آزاده**  |
|  | **فرزند آزاده**  |
| **حضور در جبهه** |  | **حضور داوطلبانه ( از تاریخ** ..............................**تا** .............................. **به مدت** ................ **ماه )** |
|  | **خدمت وظیفه ( از تاریخ** ..............................**تا** .............................. **به مدت** ................ **ماه )** |
| **همکاران محترم خواهشمند است پرینت فرم مذکور را دریافت و به همراه مستندات (کپی پشت و رو ی کارت ملی ، کپی پشت و روی کارت پایان خدمت و یا کارت معافیت ، سوابق بیمه ، مدارک ایثارگری ) به اداره کارگزینی تحویل فرمائید.**  **امضاء :** |