بسمه تعالی

**شرکت پاراوان گستر شمال**

**فرم درخواست همکاری**

 شماره فرم : PGS-FO-83-02

|  |
| --- |
| **مشخصات فردی** |
| **کد ملی :** | **نام پدر :**  | **نام خانوادگی :**  | **نام :**  |
| **تاریخ تولد : / /** | **محل صدور شناسنامه :** | **شماره شناسنامه :**  | **شغل مورد درخواست :** |
| **تعداد فرزند:**  | **وضعیت تأهل: متاهل □ مجرد □** | **وضعیت نظام وظیفه :** | **شغل پدر :**  |
| **تلفن منزل :**  | **نشانی محل سکونت :**  |
|  **تلفن همراه :** | **وضعیت مسکن : شخصی □ استیجاری □** |  **پست الکترونیکی :** |

|  |
| --- |
| **تحصیلات**  |
| **معدل** | **محل اخذ مدرک** |  **تاریخ پایان** | **تاریخ شروع** | **محل تحصیل** | **گرایش** | **رشته تحصیلی** | **مقطع تحصیلی** | **ردیف** |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **1** |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **2** |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **3** |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **4** |

|  |
| --- |
| **آشنایی با زبانهای خارجی** |
| **توانایی نوشتن** | **توانایی خواندن و ترجمه کردن** | **توانایی فهم مطالب شنیداری** | **توانایی صحبت کردن** |  | **نام زبان** | **ردیف** |
| **ضعیف** | **متوسط** | **خوب** | **عالی** | **ضعیف** | **متوسط** | **خوب** | **عالی** | **ضعیف** | **متوسط** | **خوب** | **عالی** | **ضعیف** | **متوسط** | **خوب** | **عالی** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **1** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **2** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **3** |
|  |
|  | **آموزشهای گذرانده شده** |
| **آدرس محل برگزاری دوره آموزشی** | **سال اخذ مدرک** | **محل برگزاری** | **نام دوره آموزشی** | **ردیف** |
|  |  |  |  | **1** |
|  |  |  |  | **2** |
|  |  |  |  | **3** |
|  |  |  |  | **4** |

|  |
| --- |
|  **سوابق شغلی** |
| **علت ترک خدمت** | **نوع استخدام** | **دوره** **اشتغال** | **پست سازمانی** | **موضوع فعالیت شرکت** | **نام شرکت** | **ردیف** |
| **نیمه وقت** | **تمام وقت** |
|  |  |  |  |  |  |  | **1** |
|  |  |  |  |  |  |  | **2** |
|  |  |  |  |  |  |  | **3** |
|  |  |  |  |  |  |  | **4** |
|  |  |  |  |  |  |  | **5** |
|  |  |  |  |  |  |  | **6** |

 ـ آیا بیمه شده تأمین اجتماعی بوده اید؟ بله **□** خیر **□** مدت زمان بیمه: شماره بیمه:

- در چه رشته ای غیر از موارد فوق میتوانید در شرکت فعالیت نمائید ؟

آیا امکان مسافرت و مأموریت در شهرهای مختلف برای شما وجود دارد ؟ -

- آیا میتوانید در هر جایی که شرکت تشخیص دهد فعالیت نمائید ؟

- با کدام نرم افزارها آشنایی دارید و تا چه حد ؟

- آیا به بیماری خاصی مبتلا هستید ؟ بله **□** خیر **□** (درصورت مثبت بودن توضیح دهید) :

- پیشنهاد مبلغ حقوق درخواستی ماهیانه برای شما چقدر میباشد ؟ ( به پیشنهاد های فاقد حقوق درخواستی ترتیب اثری داده نخواهد شد )

مبلغ به عدد :

مبلغ به حروف :

|  |
| --- |
| **دو نفر معرف که شما را بشناسند ، معرفها حدالامکان از خویشاوندان و آشنایان نزدیک نباشند****( در ضمن معرفین بایستی کار شما را تضمین نمایند . )** |
| **آدرس محل کار و تلفن تماس**  | **شغل**  | **نام و نام خانوادگی معرف** | **ردیف** |
|  |  |  | **1** |
|  |  |  | **2** |

با آگاهی از اینکه تکمیل فرم استخدام هیچگونه تعهدی برای شرکت پاراوان گستر شمال جهت استخدام اینجانب ایجاد نمی کند و کلیه مدارک ارسالی به شرکت غیر قابل استرداد است ، صحت مندرجات این فرم را تایید مینمایم .

تکمیل کننده فرم: تاریخ تکمیل : / / امضاء:

نظر مدیر واحد :

 تاریخ : / / امضاء:

 نظر مدیر برنامه ریزی و توسعه :

 تاریخ : / / امضاء:

 نظر مدیر عامل :

 تاریخ : / / امضاء: