****

محل الصاق عکس

 پرسشنامه داوطلبی عضویت در هیئت مدیره سازمان نظام پرستاری

**استان: شهرستان:**

1. مشخصات فردی :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نام :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نام خانوادگی :**

**شماره نظام پرستاری:**

**تاریخ اعتبار عضویت:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام پدر:** | **شماره شناسنامه:** | **کد ملی:** | **محل صدور:** | **محل تولد:** | **تاریخ تولد:** |
| **نام و نام خانوادگی قبلی:** | **تاریخ تغییر نام و نام خانوادگی:** | **ملیت:** | **جنسیت: مذکر □ مونث □** |
| **وضعیت تاهل: متاهل □ مجرد □** | **نام مستعار:** |
| **تابعیت قبلی:****تابعیت فعلی:** |  | **دین قبلی:****دین فعلی:** | **مذهب قبلی:****مذهب فعلی:** |
|  | **نشانی منزل:** **نشانی محل کار:****نشانی پست الترونیک /ایمیل:****شماره تلفن همراه: تلفن منزل: تلفن محل کار:** |

2- آخرین مدرک تحصیلی :

3- سوابق شغلی خود را (اعم از آزاد یا دولتی) در جدول زیر بنویسید:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| مقطع | شغل /مسئولیت | نوع فعالیت  | نام موسسه یامحل فعالیت  | مالکیت موسسه (خصوصی/دولتی) | نشانی موسسه یامحل فعالیت  | مدت  | علت کناره گیری از شغل یا فعالیت  |
| کشور | استان | شهر | از | تا |
| **فعلی** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **قبلی**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

****

4- نشانی محل های سکونت خود را از 3 سال گذشته تا کنون در جدول زیر بنویسید:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| استان  | نشانی (محله- خیابان- کوچه – پلاک) | مدت  | تلفن  |
| از | تا |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

5- یا تابعیت غیر از ایران دارید؟ **آری خیر کدام کشور :**

6- سه نفر از افراد مشهور و متعهد که از سوابق شما اطلاعات کامل داشته باشند را با ذکر محل و تلفن تماس معرفی نمائید:

**1-نام ونام خانوادگی : آدرس و محل کار :**

**2- نام ونام خانوادگی: آدرس و محل کار :**

**3- نام ونام خانوادگی: آدرس و محل کار :**

**اینجانب با اعتقاد به نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران ، داوطلبی خود را جهت عضویت در هیات مدیره سازمان نظام پرستاری شهرستان اعلام و تعهد می نمایم که اظهارات فوق کاملا صحیح و مطابق با واقعیت می باشد.**

 **نام ونام خانوادگی :**

 **تاریخ :**

 **امضاء و مهر یا شماره نظام پرستاری :**

**مدارک لازم: 6 قطعه عکس 4x3 تصویر کارت عضویت معتبر و تاریخ دار سازمان نظام پرستاری کشور**

**تصویر تمام صفحات شناسنامه (2 نسخه) تصویر کارت ملی پشت و رو (2 نسخه)**

**گواهی مبنی بر 3 سال سابقه سکونت یا اشتغال در حوزه انتخابیه که به تایید شهرستان و در صورت عدم وجود هیئت مدیره به تایید شبکه بهداشت و درمان شهرستان رسیده باشد.**