

فرم پرسشنامه استخدام

تاریخ:
شماره:

عنوان شغلی مورد تقاضا:
نحوه آشنایی: روزنامه: سایت: معرف: شمارنده:

محل صدور:	شماره ملی:	نام پدر:	نام و نام خانوادگی:	مشخصات عمومی
دین:	ملیت:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مومن	تاریخ تولد:	
تعداد فرزند:	تعداد افراد تحت تکفل:	وضعیت مسکن: <input type="checkbox"/> مالک <input type="checkbox"/> استیجاری <input type="checkbox"/> خانه پدری	صرف دخانیات: <input type="checkbox"/> دارم <input type="checkbox"/> ندارم	
وضعیت نظام وظیفه: <input type="checkbox"/> پایان خدمت <input type="checkbox"/> معافیت نوع: <input type="checkbox"/> در حال خدمت <input type="checkbox"/> عدم انجام خدمت		شماره تماس ثابت:	گواهینامه رانندگی: <input type="checkbox"/> دارم <input type="checkbox"/> ندارم	شماره تماس اضطراری / نسبت:
Email:		آدرس محل سکونت:		

تعداد برادر: تعداد خواهر:						مشخصات بستگان درجه 1	مشخصات بستگان درجه 2	نسبت
شغل	تحصیلات	نام برادر / خواهر	شغل	تحصیلات	نام برادر / خواهر			
								پدر
								مادر
								همسر

ردیف		رشته / گرایش تحصیلی		قطع تحصیلی		تحصیلات		نام و نام خانوادگی		سوابق تحصیلی
سایر توضیحات	معدل	سال پایان	شغل	تحصیلات	نام برادر / خواهر	شغل	تحصیلات	نام برادر / خواهر	نسبت	
										آیا همچنان مشغول به تحصیل هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

آشنایی با زبان های خارجه					دوره های تخصصی و عمومی					سوابق آموزشی / مهارتی
مدرک	درک مطلب	نگارش	مکالمه	زبان	گواهینامه	محل برگزاری	مدت دوره	عنوان دوره		

آشنایی با نرم افزار		ردیف		وضعیت مدرک		میزان تسلط		عنوان نرم افزار		آشنایی
مدرک	میزان تسلط	عنوان نرم افزار	ردیف	وضعیت مدرک	میزان تسلط	عنوان نرم افزار	ردیف	عنوان نرم افزار		

ردیف		نام و نام خانوادگی		نسبت (غیر فامیل)		شغل		شماره تماس		سایر توضیحات	

نام سازمان	عنوان شغلی	تاریخ شروع	تاریخ پایان	آخرین حقوق دریافتی	شماره تماس	علت قطع همکاری

- آیا در حال حاضر مشغول کار دیگری (تصویرت پاره وقت یا تمام وقت) هستید؟

• لطفاً دو نقطه ضعف شغلی/شخصیتی خود را نام ببرید:	• لطفاً دو نقطه قوت شغلی/شخصیتی خود را نام ببرید:
• نوع بیمه: <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> خدمات درمانی <input type="checkbox"/> سایر:	• مدت سابقه بیمه (بر حسب ماه):
• به چه صورت مایل به همکاری با شرکت هستید؟ <input type="checkbox"/> تمام وقت <input type="checkbox"/> پاره وقت	• آیا امکان اضافه کاری، شبکاری و ماموریت به شهرستان دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
• آیا منع استخدامی دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	• آیا امکان ارائه ضمانت دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
• از چه تاریخی آماده همکاری با سازمان می باشید؟	• آیا تابحال سابقه کیفری داشته اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
-3	-2
-2	-1
اینجانب کلیه مواردی را که در این فرم نوشته ام تایید می کنم و به شرکت اجازه میدهم در صورت اثبات عدم صحت مندرجات این فرم، کتمان یا ارائه مطالب خلاف واقع، هر زمان که مختار باشد نسبت به خاتمه خدمت اینجانب اقدام یا در قرارداد تجدید نظر نماید. همچنین مطلع می باشم که استخدام اینجانب منوط به طی یک تا سه ماه دوره آزمایشی می باشد. ضمناً آگاهم که با تکمیل این پرسشنامه شرکت ملزم به استخدام اینجانب نمی باشد.	حقوق و مزایای درخواستی به ریال (حتماً ذکر شود): خود را برای کدام مشاغل مناسب می دانید. به ترتیب قید نمائید.
امضاء و اثر انگشت متقاضی شغل	

نتیجه تست شخصیت شناسی:

ارزیابی رئیس منابع انسانی / مسئول اداری:

نام مصاحبه کننده: تاریخ و امضاء سمت:	ارزیابی مدیر / رئیس واحد متقاضی:
نام مصاحبه کننده: تاریخ و امضاء سمت:	ارزیابی مدیر عامل / مدیر کارخانه:
با استخدام ایشان از تاریخ ریال <input type="checkbox"/> موافقت / <input type="checkbox"/> مخالفت میشود. تاریخ و امضاء	صفحه 2 از 2