|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 :** | | | | | | | | | |