

بسمه تعالی

فرم درخواست همکاری با بنیاد شهید و امور ایثارگران به صورت طرح خدمت سربازی (همیار جانباز)

نام : نام خانوادگی :

نام پدر : کد ملی :

تاریخ تولد:

وضعیت تحصیلی: دیپلم لیسانس فوق لیسانس

رشته تحصیلی در صورت داشتن مدرک لیسانس یا بالاتر:

شرایط ثانویه در صورت داشتن مدرک لیسانس یا بالاتر:

مدت کسری خدمت اعم از ایثارگری پدر، بسیج، فرزند و غیره:

تاریخ اعزام در صورت اخذ برگه اعزام از پلیس +۱۰ :

آیا در برگه اعزام غیبت برایتان ثبت گردیده است؟ بله خیر

آیا وابستگی سببی یا نسبی با پرسنل بنیاد دارید: بله خیر

آدرس : استان: شهرستان

.....

شماره تلفن همراه : شماره تلفن ثابت :

اینجانب در تاریخ / / فرم حاضر را

تکمیل نموده و بدینوسیله صحت اطلاعات فوق را گواهی می نمایم.

امضاء متقاضی