

فرم جذب نیروی انسانی



۱- مشخصات فردی

تاریخ:

| | | | | |
|---|--|-------------------|-----------------------|-----------|
| نام و نام خانوادگی: | نام پدر: | تاریخ تولد: | محل تولد: | محل صدور: |
| شماره شناسنامه: | کد ملی: | گروه خونی: | | |
| وضعیت | کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> | تاریخ خاتمه خدمت: | ارگان و محل خدمت: | |
| نظام وظیفه | معافیت: <input type="checkbox"/> کفالت <input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> | سایر موارد: | | |
| وضعیت تأهل: | متأهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> | تعداد فرزندان: | تعداد افراد تحت تکفل: | |
| *First Name <input type="text"/> | | | | |
| *Last Name <input type="text"/> | | | | |
| * چنانچه افتخار همکاری با شما نصیبمان شود، از این اطلاعات برای ساخت آدرس ایمیل شما استفاده خواهد شد. بنابراین خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمایید. | | | | |

۲- سوابق تحصیلی

| پایه تحصیلی | رشته تحصیلی | دانشگاه / موسسه | سال شروع | سال پایان | معدل | کشور / شهر |
|---------------|-------------|-----------------|----------|-----------|------|------------|
| دکترای | | | | | | |
| کارشناسی ارشد | | | | | | |
| کارشناسی | | | | | | |
| کاردانی | | | | | | |
| دیپلم | | | | | | |
| زیردیپلم | | | | | | |

۳- چنانچه دوره‌های آموزشی عمومی یا تخصصی گذرانده اید، بیان بفرمایید.

❖ دوره آموزشی بلندمدت:

| ردیف | عنوان دوره آموزشی | نام موسسه | مدت دوره | | تعداد کلاساعات آموزشی |
|------|-------------------|-----------|----------|----------|-----------------------|
| | | | از تاریخ | تا تاریخ | |
| ۱ | | | | | |
| ۲ | | | | | |
| ۳ | | | | | |
| ۴ | | | | | |
| ۵ | | | | | |

❖ دوره آموزشی کوتاه مدت:

| ردیف | عنوان دوره آموزشی | نام موسسه | سال برگزاری | تعداد کل ساعات آموزشی |
|------|-------------------|-----------|-------------|-----------------------|
| ۱ | | | | |
| ۲ | | | | |
| ۳ | | | | |
| ۴ | | | | |
| ۵ | | | | |

فرم جذب نیروی انسانی



۴- به چه زبان خارجی آشنایی دارید؟

| نام زبان | | | | درک مطلب | | | | نوشتن | | | | صحبت کردن | | | |
|------------|-------|-----|------|----------|-------|-----|------|-------|-------|-----|------|-----------|-------|-----|------|
| ضعیف | متوسط | خوب | عالی | ضعیف | متوسط | خوب | عالی | ضعیف | متوسط | خوب | عالی | ضعیف | متوسط | خوب | عالی |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| نام زبان | | | | درک مطلب | | | | نوشتن | | | | صحبت کردن | | | |
| انگلیسی | | | | | | | | | | | | | | | |
| سایر:..... | | | | | | | | | | | | | | | |

۵- میزان مهارت خود را در موارد زیر و موارد مشابه که به این فهرست می افزایید علامت بزنید.

| ردیف | مهارت | عالی | خوب | متوسط | ضعیف | عدم آشنایی |
|------|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ۱ | MS Word | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ۲ | MS Excel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ۳ | MS PowerPoint | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ۴ | MS Outlook | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ۵ | MS Visio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ۶ | تایپ فارسی | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ۷ | تایپ لاتین | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ۸ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ۹ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ۱۰ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

۶- سابقه کار

| آیا مجاز به تماس هستیم؟ | تلفن | نوع بیمه | علت تغییر شغل | آخرین حقوق (ریال) | مدت اشتغال | | شغل / سمت | شرکت / موسسه / کارگاه |
|--------------------------|------|----------|---------------|-------------------|------------|----------|-----------|-----------------------|
| | | | | | از تاریخ | تا تاریخ | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |

۷- سوابق علمی (نگارش مقاله / تالیف و ترجمه کتاب / تدریس / تحقیق)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

۸- نحوه آشنایی با شرکت

آگهی روزنامه نام روزنامه: شبکه‌های اجتماعی وب سایت شاتل معرفی شخصی سایر

۹- معرف

* مقصود از معرف کسانی هستند که شما را از نظر دانش، مهارت و دارایی‌ها به خوبی می‌شناسند و می‌توانند مرجع استعلام و مشاوره ما برای حصول اطمینان از تناسب توانایی‌های شما و شغل مورد نظر ما باشند.

| ردیف | نام و نام خانوادگی | شغل | تلفن | نشانی |
|------|--------------------|-----|------|-------|
| ۱ | | | | |
| ۲ | | | | |

۱۰- مشخصات افراد قابل دسترسی در مواقع اضطراری طبق اولویت

| ردیف | نام و نام خانوادگی | نسبت | تلفن |
|------|--------------------|------|------|
| ۱ | | | |
| ۲ | | | |

۱۱- لطفاً با دقت و مختصر به سوالات زیر پاسخ دهید:

الف- آیا از بستگان شما در این شرکت شاغل هستند؟

آری خیر

نسبت: نام و نام خانوادگی:

ب- آیا سابقه بیماری خاصی دارید؟ آری خیر نوع بیماری (.....)

ج - مایل به همکاری در کدام قسمت از این شرکت هستید؟

* چنانچه مایل به همکاری در هر یک از استان‌های کشور هستید نام استان مورد نظر را مشخص فرمایید. (

د- آیا تاکنون برای استخدام به این شرکت یا شرکت‌های وابسته مراجعه کرده‌اید؟ آری خیر

در صورت جواب مثبت، تاریخ مراجعه و نتیجه را اعلام فرمایید.

ه - آیا وب سایت شاتل را پیش از مصاحبه دیده‌اید؟ آری خیر

و- حداقل حقوق و مزایای ماهیانه که صرف نظر از قوانین و عرف شرکت، برای شروع همکاری درخواست دارید به ریال

بفرمایید. (.....)

ز- تاریخ آمادگی برای شروع به همکاری :

۱۲- آدرس و شماره تماس

لطفاً اطلاعات زیر را تکمیل کنید:

آدرس محل سکونت:

ایمیل: تلفن ثابت: تلفن همراه:

تاریخ تکمیل فرم:

امضا