**«فرم تاییدیه بومی بودن داوطلبان کمک پرستاری / بهیاری»**

احتراما، اینجانب ---------------فرزند---------------- متولد ---/---/------ شماره شناسنامه -------------- دارای مدرک تحصیلی دیپلم بهیاری/ گواهینامه یکساله دوره کمک پرستاری ساکن و بومی ------------------ متقاضی شرکت در آزمون کمک پرستاری/ بهیاری ویژه --------------------------- می باشم.

امضاء/ تاریخ

احتراما، اینجانب ---------------فرزند---------------- متولد ---/---/------ شماره شناسنامه -------------- دارای مدرک تحصیلی دیپلم / پیش دانشگاهی در رشته تحصیلی--------------------- ساکن و بومی روستای ------------------ متقاضی شرکت در آزمون بهورزی ویژه خانه بهداشت روستای--------------------------- می باشم.

امضاء/ تاریخ

1- احتراما، اینجانب ----------------------با سمت رئیس شورای اسلامی ------------------------- تائید می نمایم آقای./ خانم --------------------------- بومی و ساکن ------------------------ می باشد..

امضاء/ مهر

2- احتراما، اینجانب ----------------------فرمانده پاسگاه انتظامی ------------------------- تائید می نمایم آقای./ خانم --------------------------- بومی و ساکن ------------------------ می باشد..

امضاء/ مهر

3- احتراما، اینجانب ----------------------کارششناس پایگاه / خانه بهداشت ------------------------- تائید می نمایم آقای./ خانم ------------- بومی و ساکن ------------------------ می باشد. و شماره پرونده خانوار ایشان در پایگاه / خانه بهداشت ------------------- است.

امضاء/ مهر

**(هرگونه تأیید خلاف واقع مسئولیت قانونی دارد و موضوع از طریق مراجع قانونی پیگیری می شود)**

**بسمه تعالی**

**(فرم ویژه محل سکونت داوطلب شرکت در آزمون کمک پرستاری/بهیاری)**

اینجانب ------------------ فرزند--------------شماره ملی----------------دارای گواهینامه یکساله دوره کمک پرستاری / دیپلم بهیاری -------------------ساکن ---------------------- کروکی محل سکونت خود را دقیقاً در ذیل این برگه رسم نموده و مسئولیت هرگونه خلاف آن را می پذیرم.

**آدرس محل سکونت فعلی:**

**کروکی محل سکونت فعلی:**

**آدرس محل سکونت 10 سال قبل:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| از تاریخ | تا تاریخ | آدرس محل سکونت |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**توجه: هرگونه تائید خلاف واقع مسئولیت قانونی دارد و موضوع از طریق مراجع قانونی پیگیری می گردد.**

**محل امضاء داوطلب: محل مهر و امضای شورای اسلامی**

**محل مهررئیس مرکز بهداشت شهرستان**