|  |  |
| --- | --- |
| مشخصات فردی | |
| نام: امیدوار | نام خانوادگی: قدیری جم |
| نام پدر: | محل تولد: |
| تاریخ تولد: | کد ملی: |
| وضعیت تأهل: متأهل مجرد | تعداد فرزندان: |
| وضعیت نظام وظیفه: پایان خدمت معافیت نوع معافیت:................... سایر:. .................. | |
| نشانی محل سکونت: | |
| شماره تلفن همراه: | **شماره تلفن ثابت:** |
| شماره تلفن اضطراری:  نسبت ایشان: | **پست الکترونیکی:** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| مشخصات تحصیلی | | | | |
| مدرک تحصیلی | **رشته تحصیلی** | **نام دانشگاه/ مؤسسه** | **سال اخذ مدرک** | **توضیحات** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| سوابق کاری | | | | | | |
| نام سازمان/ شرکت | **آخرین سمت** | **تاریخ شروع همکاری** | **تاریخ پایان همکاری** | **نوع همکاری (پاره وقت/ تمام وقت)** | **آخرین حقوق دریافتی** | **علت قطع همکاری** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| دوره های آموزشی تخصصی | | | | |
| نام دوره | **نام مؤسسه/ آموزشگاه** | **سال برگزاری** | **مدت دوره** | **گواهینامه** |
|  |  |  |  | **دارد ندارد** |
|  |  |  |  | **دارد ندارد** |
|  |  |  |  | **دارد ندارد** |
|  |  |  |  | **دارد ندارد** |
|  |  |  |  | **دارد ندارد** |
|  |  |  |  | **دارد ندارد** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| زبان‌های خارجی | | | | |
| نام زبان | **میزان تسلط در مکالمه** | **میزان تسلط در خواندن** | **میزان تسلط در نوشتن** | **میزان تسلط در ترجمه** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| تألیفات، مقالات، فعالیت‌های پژوهشی و پروژه هایی که مستقیماً در آن مشارکت داشته اید را ذکر بفرمایید |
|  |

|  |
| --- |
| سایر توانمندی‌ها، مهارت‌ها و نقاط قوت خود را ذکر بفرمایید |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نحوه آشنایی با فرصت شغلی | | | |
| سایت کاریابی  نام سایت:............................ | **معرفی کارکنان/ دوستان**  نام معرف: **.............................** | **وبسایت شرکت EBCOM** | **سایر موارد ................................** |

|  |
| --- |
| بیماری خاص |
| اگر سابقه بیماری خاصی دارید که شرکت باید در جریان آن قرار بگیرد را ذکر بفرمایید: ......................................... |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| شرایط همکاری | | |
| شغل درخواستی | **تاریخ آمادگی برای آغاز همراهی** | **میزان حقوق درخواستی** |
|  |  |  |
| اینجانب...........................صحت اطلاعات فوق را تأیید نموده و اعلام می‌دارم در صورتی که مغایرت در هر یک از اطلاعات فوق آشکار شود، شرکت می تواند مطابق با قوانین داخلی خود با اینجانب برخورد کند. همچنین تکمیل این فرم هیچ‌گونه تعهد استخدامی برای شرکت ایجاد نخواهد کرد.  امضا و تاریخ تکمیل فرم: | | |