



بیتون

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی استان کیلان

تاریخ
شماره
پیوست

فرم استهادیه محل سکونت جهت داوطلبان بومی
متقاضیان قرارداد برنامه پزشکی خانواده روستایی کارشناس سلامت روان

محل الصاق عکس

اینجانب فرزند با شماره ملی از مطلعین و
معتدین محل سکونت خود تقاضا دارم که شهرستان محل سکونت فعلی و مدت سکونت اینجانب را به شرح ذیل
گواهی نمایند.
شماره رسید تاییدیه کدپستی توسط سایت پست بانک
امضاء و اثر انگشت

- آدرس محل سکونت: محل اصاق عکس
کد پستی:

امضاء کنندگان ذیل، گواهی می نمایم که نامبرده بالا در حال حاضر در بخش شهرستان ساکن بوده و مدت سال و ماه نیز
در این شهرستان سکونت داشته است .

اینجانب با کد ملی صحت مراتب فوق را گواهی و تایید می نمایم . امضاء و اثر انگشت
اینجانب با کد ملی صحت مراتب فوق را گواهی و تایید می نمایم . امضاء و اثر انگشت
اینجانب با کد ملی صحت مراتب فوق را گواهی و تایید می نمایم . امضاء و اثر انگشت

«این قسمت توسط فرمانداری یا نیروی انتظامی (پاسگاه یا کلانتری محل) تکمیل گردد»

موارد فوق مورد تایید این می باشد .

مهر و امضاء
فرمانداری، پاسگاه یا کلانتری محل

تذکرات مهم

۱. تکمیل فرم جهت تمامی داوطلبان، الزامی است .
۲. داوطلبان بومی شهرستانی که دارای سوابق تحصیلی در مقاطع ابتدایی، راهنمایی و یا دبیرستان شهرستان مورد تقاضا باشند، با تایید اداره آموزش و پرورش شهرستان مربوطه صرفاً می توانند از آن برای احراز تمام و یا قسمتی از سوابق ۱۰ سال سکونت در شهرستان مورد تقاضا بهره مند گردند و تکمیل این فرم برای احراز ساکن بودن فعلی آنان در شهرستان مورد نظر الزامی می باشد.
۳. چنانچه متقاضی برای تایید سابقه حداقل ۱۰ سال سکونت خود در شهرستان مورد تقاضا، در بیش از یک بخش از شهرستان مربوطه سکونت داشته باشد، می تواند از یک نسخه دیگر این فرم نیز برای این منظور استفاده کند.