



بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران

وزارت نیرو

پرسشنامه استخدامی

کد فرم: ۰۱- پ- ر- ف ر

شماره بازنگری: ۰۰

صفحه ۱ از ۴

نام خانوادگی:		نام پدر:	
تاریخ تولد:		محل تولد:	
		شماره شناسنامه:	
روز	ماه	سال	
جنسیت: مونث ☐ مذکر ☐		دین: اسلام ☐ مسیحی ☐ کلیمی ☐ زرتشتی ☐	
وضعیت تأهل: مجرد ☐ متأهل ☐ جدا از همسر ☐ همسر فوت شده ☐			
نام و نام خانوادگی همسر:		شغل همسر:	
افراد تحت تکفل			
ردیف	نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد	نسبت
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			
۶			
۷			
۸			
وضعیت نظام وظیفه: معافیت موقت ☐ معافیت دائم ☐ پایان خدمت ☐			
سایر موارد:			
وضعیت مسکن: استیجاری ☐ شخصی ☐ سازمانی ☐			
سایر ☐			
درآمد ماهیانه:			
نشانی منزل:			
تلفن منزل		تلفن همراه:	

کد فرم: ۰۱- پ- ر- ف ر

شماره بازنگری: ۰۰

صفحه ۲ از ۴

تحصیلات :					
بی سواد ☐ سواد خواندن و نوشتن ☐ پایان دوره ابتدایی ☐ پایان دوره راهنمایی ☐ دیپلم ☐					
فوق دیپلم ☐ کارشناسی ☐ کارشناسی ارشد ☐ دکترای ☐					
مدرک تحصیلی	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	رشته تحصیلی	نام موسسه آموزشی	
دیپلم					
فوق دیپلم					
کارشناسی					
کارشناسی ارشد					
دکترای					
در صورت اشتغال به تحصیل وضعیت تحصیلی خود را با ذکر درجه تحصیلی ، نام موسسه آموزشی و تاریخ مورد انتظار فارغ التحصیلی به طور مختصر بیان کنید.					
دوره های آموزشی:					
ردیف	عنوان دوره آموزشی	نام موسسه برگزار کننده	مدت دوره	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه

- در صورتیکه سابقه فعالیت در هریک از نهادهای انقلاب اسلامی را داشتهاید و یا هم اکنون با این نهادها همکاری دارید ، لطفاً شرح مختصری در مورد آنها بیان نمایید.

کدفرم: ۰۱-پ ر- ف ر

شماره بازنگری: ۰۰

صفحه ۳ از ۴

- در صورت استخدام در مرکز (تهران) آیا امکان رفتن به مأموریت های کوتاه مدت خارج از محل سکونتتان برای شما وجود دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر در صورتی که پاسخ منفی است علت آنرا ذکر نمایید.
- علت انتخاب وزارت نیرو برای فعالیت را بیان نمایید:

- لطفاً مشخصات افرادی که در وزارت نیرو با شما نسبتی دارند را ذکر نمایید.

نام و نام خانوادگی	شمت	نسبت	شماره تلفن

- تألیفات و تحقیقات علمی و آموزشی

نام اثر	ترجمه / تدلیف / تحقیق	تاریخ انتشار	نام ناشر

- میزان آشنایی با زبانهای خارجی

ردیف	زبان خارجی	خواندن	نوشتن	مکالمه
۱				
۲				
۳				

کد فرم: ۰۱- پ- ر- ف

شماره بازنگری: ۰۰

صفحه ۴ از ۴

سوابق تجربی :

نام موسسه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	سمت	آخرین حقوق و مزایا	علت کناره گیری

• لطفاً مشخصات سه نفر از آشنایان خود را که در صورت ضرورت می توان با آنها تماس گرفت را بنویسید.

نام و نام خانوادگی	شغل	نسبت	شماره تلفن	آدرس

- آیا از سلامت کامل برخوردارید؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐ در صورتیکه جواب منفی است نوع نقص و علت آنرا بیان کنید.
- با توجه به رشته تحصیلی خود، تمایل به فعالیت در کدام واحد های این سازمان را داری؟ لطفاً به ترتیب اولویت نام ببرید.
- ۱
- ۲
- ۳
- حداقل حقوق و مزایای مورد درخواست خود را ذکر نمایید.
- آیا تمایل به خدمت در خارج از استان تهران دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐ در صورتیکه پاسخ مثبت است کدام استان را ترجیه می دهید.

بدینوسیله ضمن اعلام آمادگی ، تعهد اجرای ضوابط و موازین شرعی را نموده و هرگونه اظهار خلاف واقع و کتمان بعهدہ اینجانب خواهد بود و صحت مطالب مندرج در این پرسشنامه و ضمائهم مربوط را تایید می نمایم. ضمناً تعهد می نمایم ظرف مدت ده روز هرگونه تغییر در مطالب مندرج در این پرسشنامه را به مدیریت کارگزینی گزارش نموده و اصلاح نمایم. ۱۱/۵/۲۹

نام و نام خانوادگی :

تاریخ تنظیم پرسشنامه :

امضاء :

مدارک مورد نیاز:	معرفی نامه ها
۶ قطعه عکس ۳*۴	فتوکپی برگ پایان خدمت یا معافیت دائم
دوسری فتوکپی از تمام صفحه های شناسنامه	گواهی انجام کار در صورت داشتن سوابق تجربی
فتوکپی مدارک تحصیلی اخذ شده	

وزارت نیرو

کد فرم: ۰۲- پ- ر- ف ر

شماره بازنگری: ۰۰

مشخصات شخص معرفی شده جهت استخدام						
نام خانوادگی: نام: تاریخ تولد: روز ماه سال شماره شناسنامه: محل صدور: محل تولد: جنسیت: زن مرد کد ملی: نشانی منزل شخص معرفی شده: محل کار: نوع کاری که بشخص معرفی شده محول مینمایند:						
محل امضاء داوطلب استخدام تاریخ: محل امضاء رئیس تاریخ: نتیجه معاینات پزشکی: امضاء کنندگان زیر گواهی نمایند که شخص معرفی شده با مشخصات مندرج در فوق مورد معاینه قرار گرفت که بشرح زیر است:						
از نظر اعتیاد به الکل و مواد مخدره	از نظر ابتلا به امراض مسری	از نظر قلب و ریه	از نظر چشم	از نظر گوش و حلق و بینی	از نظر قدرت کار	
امضاء پزشک	امضاء	امضاء	امضاء	امضاء	امضاء	
نتیجه آزمایش خون از نظر واسرمن: گروه خون: تغییر رادیوگرافی و ریتین: پزشک معتمد حوزه ستادی وزارت نیرو						



تاریخ :

فرم تسویه حساب کارکنان حوزه ستادی وزارت نیرو

کد فرم: ۱۲- پ ر- ف ر

شماره بازنگری: ۰۰

مشخصات فردی :			
(این قسمت توسط متقاضی تکمیل گردد.)			
نام و نام خانوادگی:	شماره شناسنامه:	نام پدر:	محل تولد:
واحد سازمانی محل خدمت:	کد ملی:	علت قطع ارتباط:	
آدرس محل سکونت:	کد پستی:		
Email Adress:	شماره تلفن تماس:	تاریخ اجراء:	

تسویه حساب :			
(جهت تکمیل این قسمت بترتیب ذیل به واحدهای ذیربط مراجعه و تأییدیه اخذ گردد.)			
ردیف	واحد	شرح لوازم مورد تسویه	تأیید مسئول مربوطه
۱	واحد متبوعه		مهر و امضاء دفتر / اداره کل
۲	کتابخانه		مهر و امضاء اداره
۳	پست		مهر و امضاء دفتر
۴	بانک	ملی (شعبه فلسطین شمالی)	مهر و امضاء رئیس شعبه
		صادرات (بانک وزارت نیرو)	مهر و امضاء رئیس شعبه
۵	اداره کل امور مالی	اداره دریافت و پرداخت	وام مسکن، وام ضروری، وام قرض الحسنه و...
		اداره دفترداری و اموال	کلیه اموال ثابت و...
۶	اداره کل و پشتیبانی	اداره نظارت بر خدمات عمومی و فنی	اتبار و...
		اداره بهسازی و رفاه کارکنان	وام مسکن، وام ضروری، وام قرض الحسنه، خدمات درمانی و...
		گروه پرسنلی	انتصابات، حضور و غیاب و...
۷	دفتر حراست		مهر و امضاء دفتر

باتوجه به مراتب فوق تسویه حساب کامل نامبرده صدرالذکر مورد تأیید است.

رییس گروه پرسنلی و رفاه

بسمه تعالی
فرم انتقال درون سازمانی

کد فرم: ۱۴- پ ر- ف ر

شماره بازنگری: ۰۰

صفحه ۱ از ۲

۱- درخواست کننده :

جناب آقای / سرکار خانم	
مدیر کل محترم	
سلام علیکم،	
احتراماً به استحضار می رساند: اینجانب	شاغل در دفتر
دارم که در آن واحد مشغول به کار شوم. ضمناً مشخصات تحصیلی و تجربی اینجانب به شرح زیر می باشد.	
عنوان پست سازمانی :	سابقه خدمت:
مدرک تحصیلی :	رشته تحصیلی
امضاء	

۲- واحد درخواست کننده :

۲-۱- دفتر مربوطه	
با عنایت به نیاز این واحد به خدمات آقای/خانم	بدینوسیله با انتقال ایشان به این واحد موافقت
می گردد. ضمناً پست شماره	برای تخصیص به ایشان اعلام میگردد.
با عنوان	
نام و نام خانوادگی	
عنوان پست سازمانی سازمانی	
امضاء	
۲-۲- معاونت مربوطه	
این معاونت با انتقال آقای / خانم	به دفتر / اداره کل
می نماید.	موافقت
نام و نام خانوادگی	
عنوان پست سازمانی سازمانی	
امضاء	

بسمه تعالی
فرم انتقال درون سازمانی

کد فرم: ۱۴- پ ر- ف ر
شماره بازنگری: ۰۰
صفحه ۲ از ۲

۳- واحد محل خدمت فعلی:

۳-۱- دفتر مربوطه	این واحد با انتقال آقای / خانم	به دفتر / اداره کل	موافق می باشد/نمی باشد.
نام و نام خانوادگی			
عنوان پست سازمانی سازمانی			
امضاء			
۳-۲- معاونت مربوطه	این معاونت با انتقال آقای / خانم	به دفتر / اداره کل	موافق می باشد/نمی باشد..
نام و نام خانوادگی			
عنوان پست سازمانی سازمانی			
امضاء			

۴- اداره کل امور اداری و پشتیبانی

۴-۱- انتقال آقای / خانم	در دفتر / اداره کل	از نظر این واحد بلامانع و عنوان و
شماره پست اعلام شده مورد تایید می باشد/نمی باشد.		
-		
-		
-		
نام و نام خانوادگی		
عنوان پست سازمانی سازمانی		
امضاء		

۵- معاون پشتیبانی، حقوقی و امور مجلس:

۵-۱- با انتقال آقای / خانم	موافقت می شود/ موافقت نمی شود.
نام و نام خانوادگی	
عنوان پست سازمانی سازمانی	
امضاء	

تاریخ:

شماره:

پیوست:



بسمه تعالی

فرم تقاضای تبدیل وضعیت استخدامی

=====

()

/ /

/ /

()

()

:

:

تهران، خیابان ولی عصر، ابتدای بزرگراه نیایش، روبروی درب جنوبی پارک ملت، ساختمان وزارت نیرو، کدپستی: ۱۹۹۶۸۳۲۶۱۱

تلفن : ۸۱۶۰۶۰۰۰ URL: <http://www.moe.org.ir> E-mail: info@moe.org.ir

کد فرم: ۳۰-پ ر-ف ر

[illegible]

۲۰- امتیازهای عوامل توسط شورای مشاغل و ارزیابی مشاغل تخصصی و تحقیقی

امتیاز	درجه	عوامل	امتیاز	درجه	عوامل
		تحصیلات تخصصی			منزلت کلی شغل
		دوره های آموزشی			
		تدریس			
		خدمات در نقاط محروم			سوابق تجربی
		تشریفات			
		عضویت در شورا و هیاتها			
		معدل ارزشیابی			ارائه طرحهای ارزنده
		مجموع امتیازات			

۲۱- اظهار نظر شورای تشخیص و ارزیابی مشاغل تخصصی و تحقیقی

۲۲- تخصیص توسط شورای تشخیص و ارزیابی مشاغل تخصصی و تحقیقی

رسته	رشته	طبقه	گروه
نام و نام خانوادگی		امضاء	
رئیس شورا:			
اسامی اعضا			
۱-			