



کانون انجمن ملی صحتی کارفرمایان
استان اصفهان

فرم مشخصات نماینده کارفرما در هیأت‌های تشخیص و حل اختلاف

محل الصاق
عکس

نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:
شماره شناسنامه:	تاریخ تولد: ۱۳ / /	محل تولد:
کد ملی:	وضعیت تأهل: متأهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>	جنس: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>
آخرین مدرک تحصیلی:	رشته تحصیلی:	
عضو تشکل کارفرمایی:	مدت عضویت:	
سابقه عضویت در هیأت‌های تشخیص:	سابقه عضویت در هیأت‌های حل اختلاف:	
نام شرکت / موسسه یا سازمان محل اشتغال:	سابقه کار:	
نشانی محل اشتغال:		
سابقه در شرکت / موسسه یا سازمان محل اشتغال:		
مدیرعامل / مدیر مسئول <input type="checkbox"/>	عضو هیأت مدیره <input type="checkbox"/>	سایر <input type="checkbox"/>
آدرس محل سکونت:		
شماره تلفن:	شماره تلفن همراه:	شماره فاکس:
نام و نام خانوادگی معرف:	شغل معرف:	تلفن معرف:
آیا آشنایی با قانون کار (روابط کار و قانون بیمه بیکاری و ...) را دارید؟ در چه حدی؟		
آیا گواهی آموزش قانون کار دارید؟ چنانچه پاسخ مثبت است تصویر برابر اصل شده ضمیمه فرمایید.		

اینجانب صحت مطالب مندرج در فرم بالا را گواهی می‌نمایم و متعهد می‌گردم در تمام جلسات حضور فعال و به موقع داشته باشم و در طول انجام وظیفه در هر یک از هیأت‌ها، تبعیت از قانون و اصول اخلاقی را مد نظر قرار داده و همواره جانب عدل و عدالت را رعایت نمایم و در صدور آراء خداوند سبحان را ناظر بر اعمال و حق‌گویی و حقانیت را ملحوظ نظر داشته باشم و اساساً اصحاب دعوا را برادران و خواهران خود دانسته و از طرف داری نابجا و ناحق یکی از اصحاب دعوا جداً پرهیزم تا قضاوت انجام شده مورد رضایت حق تعالی قرار گیرد.

نام و نام خانوادگی

امضاء و اثر انگشت

تاریخ