

اطلاعیه

به اطلاع کلیه پذیرفته شدگان آزمون استخدامی ۵۰۰ نفری شرکت صنایع مس افق کرمان می‌رساند؛ جهت آغاز پروسه ثبت نام و تکمیل پرونده، ابتدا از طریق لینک مربوطه ([لینک دانلود](#)) کلیه مدارک و فرم‌ها تهیه و با دقت تکمیل گردد و بعد از اعلام واحد کارگزینی شرکت صنایع مس افق کرمان در روز مربوطه و ساعت تعیین شده به آدرس: شهر مس سرچشمه انتهای بلوار ایثارگران شرکت صنایع مس افق کرمان مراجعه فرمایید.

ضمناً رعایت موارد ذیل جهت جلوگیری از ازدحام و شیوع ویروس کرونادر هنگام حضور الزامی است:

۱- از آوردن همراهی جدا خودداری فرمائید

۲- ماسک، دستکش و خودکار به همراه داشته باشید

۳- راس ساعت مقرر جهت تحویل مدارک و تشکیل پرونده حضور پیدا کنید.

۴- کپی‌های مربوطه را از قبل تهیه نمایید.

بدیهی است در صورت عدم رعایت موارد مذکور از پذیرش جنابعالی معذوریم

شماره تماس: ۳۴۳۱۰۹۴۴ (داخلی ۲۰۴-۲۳۲)

پذیرفته شده گرامی

خواهشمند است در زمان تشکیل پرونده کلیه مدارک ذیل را به همراه داشته باشید

- ۱- عکس پرسنلی پشت نویسی شده ۱۲ قطعه
- ۲- اصل و کپی تمام صفحات شناسنامه متقاضی (۳ نسخه)
- ۳- اصل و کپی تمام صفحات شناسنامه اعضاء خانواده (همسر و فرزندان) افراد تحت تکفل (پدر و مادر) (۳ نسخه)
- ۴- اصل و کپی کارت ملی متقاضی پشت و رو (۳ نسخه)
- ۵- اصل و کپی کارت ملی اعضاء خانواده و افراد تحت تکفل (۳ نسخه)
- ۶- اصل و کپی کارت پایان خدمت یا معافیت پشت و رو (۳ نسخه) برای آقایان
- ۷- کپی صفحه اول دفترچه بیمه در صورت اشتغال (۳ نسخه)
- ۸- در صورت گذراندن دوره های آموزشی اصل و کپی (۳ نسخه)
- ۹- اصل و کپی مدرک تحصیلی پذیرفته شده در آزمون (۳ نسخه)
- ۱۰- کامل کردن فرمهای موجود در سایت (فرم اطلاعات پرسنلی، فرم بیمه تکمیل درمان و ذینفع) به صورت کامل و خوانا و بدون خط خوردگی
- ۱۱- اصل و کپی مربوط به اولویت های استخدامی خانواده ایثارگران (خانواده شهدا، جانبازان، آزادگان و ...)، شامل کارت مربوطه، نامه بنیاد شهید و امور ایثارگران (۳ نسخه)
- ۱۲- اصل و کپی گواهینامه های رانندگی در زمان ثبت نام شامل (پایه یک، ویژه لیفتراک، ویژه دستگا ههای بارکننده (شاول)، ویژه کامیونهای معدنی (تراک- دامپ تراک) و سایر گواهینامه های ویژه در صورت داشتن (۳ نسخه)
- ۱۳- شماره شبای بانک صادرات

تذکره ۱: کلیه کپی ها در صفحه A4 و به صورت خوانا و مجزا از هم تهیه گردیده و از هر سری به ترتیب از شماره ۱ تا ۱۳ فوق در یک کاور (۳ کاور جداگانه برای ۳ سری کپی) قرار گیرد. نهایتا کلیه مدارک در یک پوشه تحویل گردد.

تذکره ۲: در صورت ناقص بودن هر یک از مدارک، پذیرش فرد به وقت دیگری که متعاقبا اعلام میگردد موکول می شود

تذکره ۳: به دلیل شیوع ویروس کرونا از آوردن همراهی جدا خودداری فرمائید

تذکره ۴: حتما ماسک دستکش و خودکار به همراه داشته باشید

(الف)

اطلاعات پرسنلی

فرم اطلاعات پرسنلی	شماره ویرایش : ..	تاریخ ویرایش : ۹۴/۱۲/۲۶	kCI-HR-F-13
--------------------	----------------------	----------------------------	-------------

۱- مشخصات شناسنامه ای :

نام و نام خانوادگی نام پدر شماره شناسنامه محل صدور
 کد ملی تاریخ تولد / / محل تولد جنسیت
 مجرد ☐ متاهل ☐

۲- وضعیت نظام وظیفه

پایان خدمت ☐ معاف موقت ☐ معاف نظامی ☐ معاف پزشکی ☐ معاف کفالت ☐ معاف دائم ☐ معاف زیر پرچم ☐ غیر مشمول ☐
 حوزه خدمت: ارتش ☐ نیروی انتظامی ☐ سپاه ☐ سایر ☐
 تاریخ شروع دوره / تاریخ پایان دوره / خدمت سال :
 وضعیت رزمندگی : آزاده ☐ بسیجی ☐ جبهه - منقضی 56 ☐ جبهه خط عادی ☐ جبهه خط مقدم ☐ گردان عاشور ☐ عضو محترم خانواده ☐
 شهداء ☐
 نسبت درجه جانباز ☐ درصد جانبازی میزان معافیت کار روزانه

۳- سوابق تحصیلی (از درج سوابقی که فاقد مدرک معتبر می باشد خودداری نمائید)

مدرک تحصیلی	رشته تحصیلی	گرایش تحصیلی	نام مدرسه / موسسه	محل اخذ مدرک	تاریخ اخذ مدرک (روز / ماه / سال)	معدل

۴- بستگان (همسر ، فرزندان و افراد تحت تکفل)

نام	نام خانوادگی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	محل تولد	نسبت	وضعیت تاهل	محصل	شاغل	تحت تکفل	نوع بیمه

۵- مشخصات تکمیلی فرد

قد	وزن	رنگ مو	رنگ چشم	گروه خون	سایز کفش معمولی	سایز کفش ایمنی	سایز پیراهن	سایز شلوار	سایز لباس کار

وضعیت مسکن : نوع مسکن (شخصی ☐ استیجاری ☐ سازمانی ☐ سایر ☐ مبلغ پیش پرداخت : مبلغ اجاره:

فرم اطلاعات پرسنلی	شماره ویرایش : ..	تاریخ ویرایش : ۹۴/۱۲/۲۶	kCI-HR-F-13
--------------------	----------------------	----------------------------	-------------

۶- سوابق آموزشی (از درج سوابقی که فاقد مدرک معتبر می باشد خودداری نمائید)

عنوان دوره	محل دوره	تاریخ شروع	تاریخ پایان	مدت دوره (ساعت)	محل برگزاری	مدرک دارد

۷- تسلط به زبانهای خارجه و میزان آن

نام زبان خارجه	فهمیدن	صحبت کردن	خواندن	نوشتن	درک مفاهیم	مدرک دارد

۸- سوابق شغلی (از درج سوابقی که فاقد مدرک معتبر می باشد خودداری نمائید)

سازمان	سمت	تاریخ شروع	تاریخ پایان	دلیل خروج	مدت بیمه (روز)	شعبه پرداخت بیمه

۹- قابلیتها (تخصصها و مهارتهای کاری)

شرح تخصص / مهارت	تسلط کامل	متوسط	خوب	عالی	توضیحات

۱۰- مبلغ پیشنهائ شما جهت شروع فعایت در مجموعه:

با توجه به سوابق کاری و مهارت شغلی اینجانب ، مبلغ پیشنهادی ریال می باشد .

۱۱- آدرس محل سکونت:.....

کد پستی	صندوق پستی	تلفن	موبایل	آدرس الکترونیکی

متقاضی محترم با عرض سلام با توجه به اهمیت اطلاعات نیروی انسانی صحیح ، خواهشمند است در تکمیل اطلاعات فوق دقت لازم را مبذول فرمائید .

اینجانب آقا / خانمصحت مندرجات فوق راتائید می نمایم .

تاریخ :

امضاء:

تذکر مهم:

1- اعلام شماره حساب فراگیر بانك صادرات به شماره شبا ::

(ب)

**فرم های بیمه تکمیل درمان
و ذینفع از سرمایه بیمه عمر**

توضیحات فرم های بیمه تکمیل درمان و ذینفع از سرمایه بیمه عمر

در خصوص فرم ذینفع (این فرم نسبت به زمان فوت بیمه شده اصلی می باشد ، که طبق تکمیل آن توسط فرد مذکور با درصد مشخص شده به افراد تحت تکفل پرداخت می گردد . (لطفا با دقت و حوصله و خوانا و بدون خط خوردگی نسبت به تکمیل آن اقدام نمایید)

در خصوص فرم بیمه تکمیل درمان ، این فرم جهت مشمول شدن بیمه تکمیل درمان و افراد تحت تکفل با اختیار بیمه شده اصلی تکمیل می گردد و کاملا اختیاری می باشد .

فرم بیمه تکمیل درمان	شماره ویرایش مدرک: ..	تاریخ ویرایش : ۹۴/۱۲/۲۶	kCI-HR-F-08
----------------------	--------------------------	-------------------------	-------------

شرکت محترم صنایع مس افق کرمان

با سلام

احتراما بدین وسیله به استحضار می رساند اینجانب به شماره پرسنلی شاغل در امور، متقاضی ☐ حذف ☐ افزودن نمودن افراد مشروحه ذیل از / به لیست بیمه تکمیل درمان مربوط به خود میباشد. لذا خواهشمند است در این خصوص دستور مقتضی را صادر فرمائید (مدارک مربوطه به پیوست تقدیم حضور می گردد).

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	توضیحات
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			
۶			

اقدام کننده:

تاریخ و امضاء

درخواست کننده:

تاریخ، امضاء و اثر انگشت

شماره تماس:

شماره شبا:

در صورت هر گونه اشتباه در تکمیل فرم، شرکت هیچ مسئولیتی در قبال فرد بیمه شده ندارد.

فرم تعیین ذینفع از سرمایه بیمه عمر / حوادث

بیمه شده گرامی ؛

ضمن آرزوی طول عمر همراه با سلامتی ، با توجه به اینکه این فرم جزء جدانشدنی بیمه نامه عمر و حوادث گروهی محسوب می شود ، خواهشمند است با دقت و حوصله نسبت به تکمیل آن اقدام فرمائید .

این فرم در صورت مخدوش نبودن و تقدم تاریخ تکمیل آن توسط بیمه شده نسبت به زمان فوت بیمه شده و تأیید آن توسط بیمه گذار معتبر شناخته خواهد شد.

بیمه نامه مشخصات	نام بیمه گذار :
	شماره بیمه نامه عمر گروهی : شماره بیمه نامه حوادث گروهی :

بیمه شده مشخصات	نام و نام خانوادگی :
	نام پدر : تاریخ تولد :/...../..... شماره شناسنامه :
	محل صدور شناسنامه : کد ملی :

مشخصات استفاده کنندگان از سرمایه بیمه (ذینفع ها)	توجه : در صورت عدم تعیین ذینفع ، درصد سهم ، مخدوش بودن نام افراد ، مشخصات شناسنامه ای ، درصد سهم ذینفع ها ، سرمایه ی بیمه بر اساس قوانین جاری جمهوری اسلامی ایران در وجه وراثت قانونی بیمه شده پرداخت خواهد شد . *مخدوش بودن به معنای هر گونه خط خوردگی ، لاک گرفتگی ، خراشیدگی ، دوباره نویسی و یا محو شدن می باشد .				
	<u>ردیف</u>	<u>نام و نام خانوادگی</u>	<u>شماره شناسنامه</u>	<u>کد ملی</u>	<u>نسبت با بیمه شده</u>
	.....	.....	.....	.....	درصد سهم از سرمایه بیمه
	.....	.....	.....	.....	درصد
	.....	.....	.....	.....	درصد
	.....	.....	.....	.....	درصد
	.....	.....	.....	.....	درصد
..... درصد ۱۰۰					

..... مهر و امضاء بیمه گذار :

..... امضاء بیمه شده :

..... تاریخ :

..... تاریخ :