

اطلاعیه

به اطلاع کلیه پذیرفته شدگان آزمون استخدامی ۵۰۰ نفری شرکت صنایع مس افق کرمان می رساند؛
جهت آغاز پروسه ثبت نام و تکمیل پرونده، ابتدا از طریق لینک مربوطه ([لينك دانلود](#)) کلیه مدارک و فرم ها 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 سرچشمہ انتهای بلوار ایثارگران شرکت صنایع مس افق کرمان مراجعه
فرمایید.

ضمانت 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 تحويل مدارک و تشکیل پرونده حضور پیدا کنید.
- ۴- کپی های مربوطه را از قبل تهیه نمایید.

بدیهی است در صورت عدم رعایت مذکور از پذیرش جنابعالی معذوریم

شماره تماس: ۰۹۴۴۳۱۰۹۴۴ (داخلی ۲۰۴-۲۳۲)

پذیرفته شده گرامی

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

- 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 شبا بانک صادرات
- ۱۴- سابقه بیمه

تذکر^۱: کلیه کپی ها در صفحه A4 و به صورت خوانا و مجزا از هم تهیه گردیده و از هرسی به ترتیب از شماره ۱ تا ۱۳ فوق در یک کاور (۳ کاور جدایگانه برای ۳ سری کپی) قرار گیرد. نهایتاً کلیه مدارک در یک پوشه تحويل گردد.

تذکر^۲: در صورت ناقص بودن هریک از مدارک، پذیرش فرد به وقت دیگری که متعاقباً اعلام میگردد موکول می شود

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

تذکر^۴: حتماً ماسک دستکش و خودکار به همراه داشته باشد

(الف)

اطلاعات پرسنلی



شرکت صنایع مس افق کرمان



kCI-HR-F-13	تاریخ ویرایش : ۹۴/۱۲/۲۶	شماره ویرایش : ..	فرم اطلاعات پرسنلی
۱- مشخصات شناسنامه ای :			
نام و نام خانوادگی شماره شناسنامه محل صدور محل تولد کد ملی تاریخ تولد جنسیت <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد			
۲- وضعیت نظام وظیفه			
پایان خدمت <input type="checkbox"/> معاف موقت <input type="checkbox"/> معاف نظامی <input type="checkbox"/> معاف پزشکی <input type="checkbox"/> معاف کفالت <input type="checkbox"/> معاف دائم <input type="checkbox"/> معاف زیر پرچم <input type="checkbox"/> غیر مشمول حوزه خدمت: ارتش <input type="checkbox"/> نیروی انتظامی <input type="checkbox"/> سپاه <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> تاریخ شروع دوره / / تاریخ پایان دوره / / خدمت سال :			
وضعیت رزمندگی: آزاده <input type="checkbox"/> بسیجی <input type="checkbox"/> جبهه - منقضی 56 <input type="checkbox"/> جبهه خط عادی <input type="checkbox"/> جبهه خط مقدم <input type="checkbox"/> گردان عاشور <input type="checkbox"/> عضو محترم خانواده <input type="checkbox"/> شهداء			
نسبت درجه جانباز <input type="checkbox"/> درصد جانبازی میزان معافیت کار روزانه			

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

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

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

۵- مشخصات تکمیلی فرد

وضعیت مسکن : نوع مسکن (شخصی □ استیجاری □ سازمانی □ سایر) مبلغ پیش پرداخت :



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

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

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 نماید)

سازمان	سمت	تاریخ شروع	تاریخ پایان	دلیل خروج	مدت بیمه (روز)	درک مفاهیم	مدرک دارد

۹- قابلیتها (تخصصها و مهارت‌های کاری)

شرح تخصص / مهارت	سلط کامل	متوسط	خوب	عالی	توضیحات	شعبه پرداخت بیمه	مدت بیمه (روز)	دلیل خروج	صحت بیمه (روز)	درک مفاهیم	مدرک دارد

۱۰- مبلغ پیشنهای شما جهت شروع فعایت در مجموعه:

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

..... 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 / خانم صحت مندرجات فوق را تائید می نمایم .

تاریخ :

امضاء:

نذکر مهم:

۱- اعلام شماره حساب فرآگیر بانک 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 .



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

شرکت محترم صنایع مس افق کرمان

با سلام

احتراماً بدین وسیله به استحضار می رساند اینجانب به شماره پرسنلی شاغل
 در امور متقاضی حذف نمودن افراد مشروطه 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:

درخواست کننده:

تاریخ وامضاء

تاریخ، امضاء و اثر انگشت

شماره تماس:

شماره شب:

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 :

ضمون آرزوی طول عمر همراه با سلامتی ، با توجه به اینکه این فرم جزء جدنشدنی 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.

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

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

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

..... مهر و امضاء بیمه گذار

..... امضاء بیمه شده

..... تاریخ :/...../.....

..... تاریخ :/...../.....