

اطلاعیه

به اطلاع کلیه پذیرفته شدگان آزمون استخدامی شرکت صنایع مس افق کرمان می رساند ؛

جهت آغاز پروسه ثبت نام و تکمیل پرونده ، ابتدا از طریق لینک مربوطه (لینک 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 با توجه به محل پذیرش به آدرسهای ذیل مراجعه فرمایند.

- پذیرفته شدگان مجتمع مس سرچشمه رفسنجان : شهر مس سرچشمه انتهای بلوار ایثارگران شرکت صنایع مس افق کرمان
- پذیرفته شدگان مجتمع مس شهرابک : شهرستان شهرابک خیابان باهنر کوچه ۴ دفاتر اداری مجتمع طبقه همکف واحد منابع انسانی

ضمنا 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- کپی های مربوطه را از قبل تهیه نمایید.

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

شماره تماس: ۳۴۳۱۰۹۴۴ (واحد کارگزینی)

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 شبا بانک صادرات
- ۱۴- سابقه بیمه (تلفیقی و کلیه سوابق بیمه)

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 موقوف 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 پرسنی

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
 متاهل مجرد

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 : ۰۰	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- نشانی ها

نشانی منزل	کد پستی	صندوق پستی	تلفن	موبایل	وب سایت

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 را تأیید 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 .

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

شرکت محترم صنایع مس افق کرمان

با سلام

احتراما بدین وسیله به استحضار می رساند اینجانب به شماره پرسنلی..... شاغل در امور، متقاضی حذف اضافه 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.)
تبصره: در صورتی که پدر و مادر تحت تکفل شما باشند تائیدیه تامین اجتماعی الزامی می باشد.

توضیحات	نسبت	نام و نام خانوادگی	ردیف
			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>	<u>درصد سهم از سرمایه بیمه</u>
	.....	.....	.....	.....	.....	درصد
	.....	.....	.....	.....	.....	درصد
	.....	.....	.....	.....	.....	درصد
	.....	.....	.....	.....	.....	درصد
					۱۰۰ درصد	

مهر و امضاء بیمه گذار:

امضاء بیمه شده:

تاریخ:/...../.....

تاریخ:/...../.....