



فرم ارزیابی صلاحیت حرفه‌ای کارکنان کلیدی

محل درج عکس داوطلب	مشخصات عمومی	
	نام شرکت بیمه:	
سمت کلیدی پیشنهادی:		
نام:		
نام خانوادگی:		
تاریخ تولد:		
کد ملی:		
محل صدور:		
دین:		
آدرس منزل:		
آدرس محل کار:		
تابعیت:		
تلفن همراه:		
تلفن منزل:		
پست الکترونیکی:		
تلفن محل کار:		
نمابر:		

تحصیلات دانشگاهی (کارشناسی و بالاتر)				
ردیف	مقطع تحصیلی	رشته تحصیلی و گرایش	نام دانشگاه	تاریخ فارغ التحصیلی
۱				
۲				
۳				
۴				

تجارب حرفه‌ای					
ردیف	از تاریخ	تا تاریخ	عنوان سمت شغلی	نام موسسه محل اشتغال	تجارب حرفه‌ای مفید (موثر)
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					



فرم ارزیابی صلاحیت حرفه‌ای کارکنان کلیدی

سوابق علمی				
ردیف	از تاریخ	تا تاریخ	حوزه فعالیت	نام موسسه
۱				
۲				
۳				
۵				
۶				
۷				
۸				
۹				
۱۰				

سوابق آموزشی				
ردیف	عنوان	مدت	موسسه برگزار کننده	تاریخ
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				
۹				
۱۰				

میزان آشنایی با زبان‌های خارجی					
۱	انگلیسی	<input type="checkbox"/> عالی	<input type="checkbox"/> خوب	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> ضعیف
۲	عربی	<input type="checkbox"/> عالی	<input type="checkbox"/> خوب	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> ضعیف
۳	فرانسه	<input type="checkbox"/> عالی	<input type="checkbox"/> خوب	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> ضعیف
۴	آلمانی	<input type="checkbox"/> عالی	<input type="checkbox"/> خوب	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> ضعیف

اینجانب گواهی می‌نمایم پاسخ‌هایی که به پرسش‌های فوق داده‌ام کامل و صحیح بوده و مسئولیت و تبعات ناشی از ارائه هرگونه اطلاعات ناصحیح یا گمراه کننده در ارتباط با این پرسش‌نامه یا عدم اطلاعات لازم را پذیرفته و تعهد می‌نمایم بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران را از هرگونه تغییری که در طول مدت رسیدگی به این تقاضا در رابطه با پاسخ‌های فوق ایجاد شود، مطلع گردانم.

امضاء/ تاریخ