جمهوري اسلامي ايران

وزارت كشور

هيأت نظارت بر سازمانهاي مردم نهاد

فرم ثبت نام نامزدي جهت نمايندگي سمن ها در هيأت نظارت

**نكته: لطفاً اطلاعات تمام موارد درخواستي به طور كامل تكميل گردد.**

|  |
| --- |
| **نام سازمان مردم نهاد:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **مشخصات فردي:** | | |
| نام خانوادگي: | | نام: |
| محل صدور: | | شماره شناسنامه: |
| مكان تولد: | | تاريخ تولد: |
| كد ملي: | | نام پدر: |
| سمت در تشكل: | | شغل فعلي: |
| سوابق شغلي: | | |
| تلفن: | آدرس محل سكونت با ذكر كد پستي: | |
| تلفن: | آدرس محل كار: | |
| نمابر: | شماره همراه: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **وضعيت خانوادگي:** | |
| تاريخ تولد: | نام و نام خانوادگي همسر: |
| محل تولد: | شماره شناسنامه: |
| نام پدر: | شغل: |
|  | آدرس و تلفن محل كار: |