****金华市疾病预防控制中心公开招聘工作人员报名表****

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 | |  | | 出生年月 | |  | | 照片 |
| 户籍  所在地 | |  | | 政治  面貌 | |  | | 出生地 | |  | |
| 身份证号码 | | |  | | | | | 婚姻状况 | |  | |
| 初始学历、  学位 | | |  | | | | | 毕业院校、  专业及时间 | |  | | |
| 最高学历、  学位 | | |  | | | | | 毕业院校、  专业及时间 | |  | | |
| 专业 | | |  | | 英语等级 | |  | | 联系电话 | |  | |
| 家庭住址 | | |  | | | | | 专业技术资格及取得时间 | |  | | |
| 学习  工作  简历 | （从高中阶段开始填写：学历/学位、起止时间、毕业学校、所学专业） | | | | | | | | | | | |
| 学术  成就 | （请填写本人课题、论文、讲学等学术方面的主要成就） | | | | | | | | | | | |
| 个人工作业绩以及荣誉 | （请填写本人学习期间工作业绩和个人所获得的各项荣誉，可附页） | | | | | | | | | | | |
| 个人  承诺 | 本人对上述所填内容的真实性负责，如有隐瞒，愿承担一切责任。    签名：                                                      年     月     日 | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ****附件2**** | |  |  |  |  |
| 公开招聘事业单位工作人员资格复审表 | | | | | |
| 姓名 |  | 身份证号 |  | | |
| 性别 |  | 政治面貌 |  | 出生年月日 | 年  月  日 |
| 毕业院校 |  | | | 学历 |  |
| 所学专业 |  | | | 学位 |  |
| 报考单位 |  | | 报考岗位 |  | |
| 手机 |  | | 紧急联系电话 |  | |
| 通讯地址 |  | | 邮政编码 |  | |
| ****此栏由全日制普通高校2020年应届毕业生填写**** | | | | | |
| 生源地 |  | | 现户口所在地 |  | |
| ****此栏由非2020年全日制普通高校应届毕业生（即社会人员）填写**** | | | | | |
| 取得毕业证书时间 | 年    月 | | 现户口所在地 |  | |
| 个人简历 | 包括教育经历和工作经历,教育经历从大学开始写例如：\*\*\*\*年\*\*月—\*\*\*\*年\*\*月  在\*\*\*\*\*大学                         工作经历按\*\*\*\*年\*\*月—\*\*\*\*年\*\*月 在\*\*\*\*\*\*\*\*单位\*\*\*\*岗位，并注明是否事业编内 | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | |
| 本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担一切法律责任。                                                                          声明人：              年  月  日 | | | | | |
| 报考单位审核意见 | 审核人员签名：                      年   月   日 | | | | |
| 注意：1、表格内容必须填写齐全，填写时字迹必须清楚工整，切勿潦草。  2、生源地是指经高考，被高校录取时户口所在地。 | | | | | |

附件3

个人健康承诺书

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 年龄 |  |
| 准考证号 |  | | 手机号码 |  | | |
| 报考岗位 |  | | 报考单位 |  | | |
| 身份证号码 |  | | | | | |
| 本人考前14日内是否有以下情况： | | | | | | |
| 1、出现发热、干咳、乏力、鼻塞、流涕、咽痛、腹泻等症状。 | | | | | 是£ | 否£ |
| 2、属于新冠肺炎确诊病例、无症状感染者。 | | | | | 是£ | 否£ |
| 3、在居住地有被隔离或曾被隔离且未做核酸检测。 | | | | | 是£ | 否£ |
| 4、从省外中高风险地区入浙或返浙。 | | | | | 是£ | 否£ |
| 5、从境外（含港澳台）入浙或返浙。 | | | | | 是£ | 否£ |
| 6、与新冠肺炎确诊病例、疑似病例或已发现无症状感染者有接触史。 | | | | | 是£ | 否£ |
| 7、与来自境外（含港澳台）、国内中高风险地区人员有接触史。 | | | | | 是£ | 否£ |
| 8、共同居住家庭成员中是否有上述1至7的情况。 | | | | | 是£ | 否£ |
| ****本人承诺：我将如实逐项填报健康承诺，如因隐瞒或虚假填报引起检疫传染病传播或者有传播严重危险而影响公共安全的后果，本人将承担相应的法律责任，自愿接受《中华人民共和国刑法》《治安管理处罚法》《传染病防治法》和《关于依法惩治妨害新型冠状病毒感染肺炎疫情防控违法犯罪的意见》等法律法规的处罚和制裁。****  承诺人签名：                                           年   月   日 | | | | | | |