附件3

**铜陵市2024年大学生乡村医生专项计划招聘资格审查表**

报考岗位（专业）： 岗位代码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  | | | | **照片 粘贴处** | |
| 性别 |  | 出生年月 |  | 政治面貌 | |  |
| 毕业院校 |  | | | 毕业时间 | |  |
| 所学专业 |  | 学历 |  | 学位 | |  | 籍贯 |  |
| 服务基层项目期满人员(证书情况) |  | 民族 |  | 身 份 | | 2024应届毕业生 ( ) 尚在择业期内毕业生（ ） | | |
| 现工作单位或通信地址 |  | | 联系电话 | 手机： 住宅： | |  | | |
| 专业技术资格或职业能力资格 | |  | 人事档案保管单位 | | |  | | |
| 本人简历 |  | | | | | | | |
| 考生诚信 承诺意见 | 1. 上述所填写情况和提供的相关材料、证件均真实、有效。若有虚假，将取消聘用资格。 2. 凭第二代有效居民身份证进入考场，如因身份证无效不能参加考试，责任自负。 3. 本人不属于县以上人社部门认定有考试违纪行为且在停考期内人员。     报考人**（签名）：**  2024年 月 日 | | | | | | | |
| 资格审查 意见 | 审查人**（签字）**：  2024年 月 日 | | | | 备用照片粘贴处 | | | |