附件：

公益性岗位报名复核表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | （粘贴照片) |
| 身份证号 |  | 婚姻状况 |  |
| 民族 |  | 政治面貌 |  | 籍贯 |  |
| 身高CM |  | 体重KG |  | 视力 | 左： 右： |
| 联系电话 |  | 特长 |  |
| 是否退 伍消防员 |  | 从事专职消 防队员年限 |  | 驾驶证等级 |  | 实际驾龄 |  |
| 是否从事消 防救援工作 |  | 从事消防救 援工作年限 |  | 灭火救援 证书等级 |  | 是否退伍军人 |  |
| 最高学历 |  | 学位 |  | 计算机等级 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校及专业 |  |
| 现居住地址 |  | 电子邮箱 |  |
| 主家成 | 要 庭员 | 称 谓 | 姓 名 | 年 龄 | 工作单位及职务 |
| 父亲 |  |  |  |
| 母亲 |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 学 习 和社会 工 作 简 历 | 起止日期 | 学习或工作单位 | 专业或岗位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 本人声明：本人如提供资料及相关证明文件或证书被证明不属实、有误，或有意隐瞒， 我将承担全部责任。招聘单位有权取消本人的应聘资格，如已签订劳动合同，单位有权随 时解除本人的劳动合同。本人签名： 填表日期: 年 月 日 |