附件3

**昭通市2024年下半年事业单位公开招聘工作人员资格审核表**

|  |  |
| --- | --- |
| 招聘单位 |  |
| 岗位名称 |  | 岗位代码 |  |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |
| 政治面貌 |  | 出生日期 |  |
| 身份证号码 | 　 |
| 所学专业 | 　 | 学历 |  |
| 学历性质 |  | 学位 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 联系电话 |  | 有无违法犯罪行为 |  |
| 截止报名结束时是否机关事业单位在职在编人员 |  |
| 生源地 | 省（区） 市 县（市、区） |
| 现户口所在地 | 省（区） 市 县（市、区） |
| 学习工作经历： |
| 奖惩情况： |
| 应聘者资格复审相关材料： |
| 岗位一览表中要求的相关条件的证件（证明） | 1. |
| 2.  |
| 3.  |
| 4. |
| 5.  |
| 6.  |
| 7. |
| … |
| 应聘者承诺 | 本人所提供材料真实有效，个人条件符合本次招聘所报考岗位的要求，如有虚假信息和作假行为，本人承担一切后果，并同意取消应聘资格。 应聘人（签名）： |
|  年 月 日 |
| 备注：1.时间、年龄截止时限以通告规定时间为准；2.此表一式一份；3.此表除签名外，其他部分可以打印。 |