**湖南师范大学劳动合同用工人员基本情况表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 籍 贯 |  | 出生地 |  | 民族 |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  | 婚否 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 户籍地址 |  | 邮政编码 |  |
| 现居住住址 |  | 邮政编码 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 所学专业 |  | 学 历 |  | 学 位 |  |
| 职业资格等级 | □一级（高级技师）□二级（技师）□三级（高级工）□四级（中级工）□五级（初级工） | 专技职称 |  |
| 用工形式 | □劳动合同用工 □劳务派遣用工 □劳务协议用工 □非全日制用工 |
| 手机 |  | Email地址 |  | 其他联系电话 |  |
| 疾患病史 | 近五年是否住院或患有重大疾病 □无 □有所患疾病名称 就治医院 治愈时间  |
| 原工作单位（本次前离职单位） |  | 离职时间 |  |
| 离职原因 | □合同期满 □辞退或辞职　□其他□停薪留职 □退休 □内退 | 现与其它单位是否存在劳动关系 | □ 有 □ 无 |
| 参保类型（请在相应方框打**“√”** | 1.初次参保 □2.自由职业者（现以个人形式参保的待业人员） □3.再就业续保 □  |
| 初次参保时间 |   | 中断缴纳保险时间（ 年 月至 年 月） | 领取养老待遇时间 |  |
| 个 人 简 历及保险缴纳情况 | 时 间 | 学校或单位学习/工作 | 社会保险缴纳情况（如X年X月至X年X月何单位为其缴纳社会保险**）** |
| 年 月 日 至年 月 日 |  |  |
| 年 月 日 至年 月 日 |  |  |
| 年 月 日 至 年 月 日 |  |  |
| 年 月 日 至年 月 日 |  |  |
| 家庭成员（父母配偶子女） | 关 系 | 姓 名 | 工 作 单 位 | 联 系 电 话 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 岗位需求理由 |  | 岗位类别 | □管理（辅助） □专业技术（辅助）□科研助理 □工勤技能服务 |
| 用工单位联系人 |  | 联系电话 |  |
| 填表人声明 | “本人对以上填报所有内容的真实性负全部责任，特此声明。”（本人签名、指模： ）  |

**备注**：1.**此表由劳动者本人用正楷填写并无涂改**，签订劳动合同、劳务协议的还需附上居民身份证、学历学位证书、职业资格证书及相关条件证明材料的复印件、与最后服务单位的终止/解除劳动合同证明或退休证明或内退证明、指定医院的体检证明、无犯罪记录证明等相关资料;

 2.**填表人承诺：**本表由本人亲自填写，内容及提供的相关材料真实无误，无故意隐瞒，否则视为欺诈，由此而产生的一切后果由本人承担，校方可立即解除合同。校方有关书面文件或通知无法直接送达本人时，本人确认本表中所填写的户籍地址(户籍地址变动时，本人提交书面变更通知)为邮寄送达地址。

 3.**此表签字按指模、盖章后扫描上传至人力资源管理服务平台。**

本人签名（指模）： **年 月 日**

基层单位（含科研项目组）负责人签字： **年 月 日**

二级单位主要负责人签字（二级单位公章）： **年 月 日**