

بسمه تعالیٰ

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید

محل الصاق عکس

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پرورشی
هیات مرکزی گرینش دانشجو

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون دوره دستیاری گروه پرورشی

رشته پذیرفته شده :

سال ورود : سال فارغ التحصیلی :

مهم : دانشجویان فارغ التحصیل دانشگاه آزاد اسلامی نام واحد دانشگاهی خود را ذکر نمایند .

الف: تاریخ آزمون

ب: دانشگاه محل تحصیل دوره عمومی :

نام خانوادگی :

نام :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

تاریخ تولد :

نام پدر:

کدملی :

شماره شناسنامه :

تابعیت :

وضعیت تأهل:

مذهب:

دین:

صادره:

محل تولد:

نام و نام خانوادگی همسر:

وضعیت خدمت وظیفه :

شغل و محل کار همسر:

میزان تحصیلات همسر:

شغل مادر:

شغل پدر:

آدرس محل زندگی والدین:

پ: چنانچه پرسنل رسمی نیروهای نظامی ، انتظامی و یا دوایر دولتی می باشد ذکر نمایید.....

د: نام دانشگاههای محل تحصیل به صورت مهمان یا انتقالی :

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	میهمان یا انتقال
۱				
۲				

ت: وضعیت اشتغال خدمت فطی و تعهدات قانونی

نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام (رسمی، پیمانی و)	آدرس دقیق و تلفن
				فعالیت فطی
				طرح خارج از مرکز

کارکنان رسمی دولت و پرسنل رسمی نیروهای نظامی و انتظامی لازم است تصویر حکم کارگزینی خود را ضمیمه نمایند.

ث: سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی

ردیف	نام محل	استان	شهر	تاریخ شروع و خاتمه	نوع فعالیت	ارتباط
۱						
۲						

ج: وابستگی درجه یک به خانواده شهید مفقود الایر اسیر نام و نام خانوادگی ایشان:
 زمان: محل شهادت - اسارت - مفقود شدن
 چنانچه مجروح یا جانباز می باشد: مجروح جانباز درصد جانبازی
 آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشد: بله خیر
 چ: نام سه قدر از اساتید دانشگاه محل تحصیل که شمارا می شناسند ذکر نمایید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	دانشکده یا بیمارستان	گروه آموزشی	تلفن همراه
۱					
۲					
۳					

ح: مشخصات ۲ نفر از افراد مورد اطمینانی که شمارا کامل "می شناسند و ترجیحاً" از افراد شناخته شده باشند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند به ترتیب ذکر نمایید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنائی	نحوه آشنائی	تلفن
۱					
۲					

خ: آدرس‌های محل سکونت خود را در مدت ده سال گذشته به طور دقیق بنویسید:

استان	شهر	آدرس و کد پستی	مدت آشنا	نحوه آشنا	تلفن	اقامت	حائزه
							فلی
							قبلي

د: سابقه محکومیت کیفری و یا منوعیت پذیرش در دانشگاه یا هر گونه توییغ کتبی و شناهي در کمیته انصباطی

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱				

ذ: چنانچه دارای وابستگی گروهکی می باشد با ذکر نوع فعالیت در یک سطر شرح دهید.....

ر: شماره تلفن های ضروری خود را جهت تماس فوری در جدول ذیل به ترتیب مرقوم نمایید :

تلفن ثابت به همراه کد شهرستان	
تلفن همراه داوطلب	
تلفن همراه بستگان نزدیک	

اینجانب دانشگاه علوم پزشکی ایران، این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسولیت صحت مندرجات را بعده گرفته و در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت.

مهر نظام پزشکی تاریخ تکمیل فرم امضاء