**بسمه تعالي**

لطفا در اين قسمت چيزي ننويسيد

محل الصاق عكس

**وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشكي**

**هيات مركزي گزينش دانشجو**

**فرم مشخصات شركت كنندگان در آزمون mph سال:**

**الف: تاريخ آزمون : رشته قبولی : دانشگاه پذيرفته شده :**

**ب:دانشگاه محل تحصيل مقطع قبل : رشته تحصيلي مقطع قبل : سال ورود مقطع قبل: سال فارغ التحصيلي مقطع قبل :** **نشانی دقیق دانشگاه محل تحصیل مقطع قبل: (جهت دانشجویان تحت پوشش وزارت علوم تحقیقات و فناوری):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نام خانوادگي**:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نام:**

**شماره شناسنامه: کد ملی: نام پدر: تاريخ تولد: محل تولد: محل صادره: دين: مذهب: وضعيت تاهل: وضعيت خدمت وظيفه:**

**تابعيت: نام و نام خانوادگي قبلي:**

**نام و نام خانوادگي همسر : ميزان تحصيلات همسر: شغل و محل كار همسر: شغل پدر: شغل مادر: آدرس محل زندگي والدين:**

ج: چنانچه پرسنل رسمي نيروهاي نظامي ، انتظامي و يا دواير دولتي مي باشيد ذكر نماييد.........................

د: متقاضي استفاده از سهميه: آزاد: رزمندگان و ايثارگران:

**نام دانشگاههاي محل تحصيل به صورت مهمان يا انتقالي** :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | نام دانشگاه | تاريخ شروع | تاريخ پايان | ميهمان يا انتقال |
|  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

**وضعيت اشتغال خدمت فعلي و تعهدات قانوني:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | نام محل كار | مسوليت | تاريخ شروع و خاتمه | نوع استخدام | آدرس دقيق و تلفن |
| **فعاليت فعلي** |  |  |  |  |  |
| **طرح خارج از مركز** |  |  |  |  |  |

**كاركنان رسمي دولت و پرسنل رسمي نيروهاي نظامي و انتظامي لازم است اصل حكم كارگزيني خود را ضميمه و اسکن نمايند.**

**سابقه حضور داوطلبانه در جبهه:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **تاريخ شروع** | **تاريخ خاتمه** | **نهاد يا ارگان اعزام كننده** | **محل خدمت** |
| **1** |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

**سابقه همكاري با ارگانهاي انقلاب اسلامي يا نهادهاي دولتي:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **نام محل** | **استان** | **شهر** | **تاريخ شروع و خاتمه** | **نوع فعاليت** | **ارتباط** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |

وابستگي درجه يك به خانواده شهيد مفقود الاثر اسير نام و نام خانوادگي ايشان:

نسبت فاميلي شما با وي: محل شهادت – اسارت-مفقود شدن : زمان:

چنانچه مجروح يا جانباز مي باشيد : مجروح جانباز درصد جانبازي:

آيا عضو نيروي مقاومت بسيج مي باشيد: بله خير

**مشخصات دو نفر از افراد مورد اطمینانی که شما را کاملا می‌شناسند و هيچگونه نسبت خانوادگي با شما نداشته باشند را به ترتيب ذكر نماييد:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **نام و نام خانوادگي** | **شغل** | **مدت آشنايي** | **نحوه آشنايي** | **تلفن** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |

**نام سه نفر از اساتيد دانشگاه محل تحصيل كه شما را مي شناسند ذكر نماييد.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **نام و نام خانوادگي** | **رشته تحصيلي** | **دانشكده يا بيمارستان** | **گروه آموزشي** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |

**آدرسهاي محل سكونت به طور دقيق نوشته شود:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **استان** | **شهر** | **آدرس پستي** | **تاريخ شروع و خاتمه اقامت** |
| **فعلي** |  |  |  |  |
| **قبلي** |  |  |  |  |

**سابقه محكوميت كيفري و يا ممنوعيت پذيرش در دانشگاه پس از بازگشايي دانشگاهها يا هرگونه توبيخ كتبي و شفاهي در كميته انضباطي :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **نوع سابقه** | **تاريخ وقوع** | **نوع حكم** | **محل صدور حكم** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |

**شماره تلفن ضروری جهت تماس:**

|  |  |
| --- | --- |
| **تلفن ثابت با کد شهرستان** |  |
| **تلفن همراه داوطلب** |  |
| **تلفن همراه بستگان نزدیک با ذکر نسبت فامیلی** |  |

**اينجانب داوطلب شركت در آزمون mph سال دانشكاه علوم پزشكي ایران اين فرم را صادقانه و با دقت تكميل نموده و مسوليت صحت مندرجات را بعهده گرفته در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هيچگونه اعتراضي در نتيجه ازمون را نخواهم داشت.**

**تاريخ تكميل فرم امضاء**