

بسمه تعالی

لطفا در این قسمت چیزی ننویسید

محل الصاق عکس

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیات مرکزی گزینش دانشجو

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون دوره دستتاری گروه پزشکی

الف: تاریخ آزمون

رشته پذیرفته شده:

ب: دانشگاه محل تحصیل دوره عمومی:

سال ورود: سال فارغ التحصیلی:

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

نام خانوادگی:

Grid for family name

نام:

Grid for name

شماره شناسنامه:

کد ملی:

نام پدر:

تاریخ تولد:

محل تولد:

صادره:

دین:

مذهب:

وضعیت تاهل:

تابعیت:

وضعیت خدمت و وظیفه:

نام و نام خانوادگی قبلی:

نام و نام خانوادگی همسر:

میزان تحصیلات همسر:

شغل و محل کار همسر:

شغل پدر:

شغل مادر:

آدرس محل زندگی والدین:

پ: چنانچه پرسنل رسمی نیروهای نظامی، انتظامی و یا دواير دولتي می باشید ذکر نمایید.....

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

Table with 5 columns: ردیف, نام دانشگاه, تاریخ شروع, تاریخ پایان, میهمان یا انتقال

ت: وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی

Table with 6 columns: نام محل کار, مسولیت, تاریخ شروع و خاتمه, نوع استخدام (رسمی، پیمانی و ...), آدرس دقیق و تلفن, فعالیت فعلی / 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

Table with 7 columns: ردیف, نام محل, استان, شهر, تاریخ شروع و خاتمه, نوع فعالیت, ارتباط

ج: وابستگی درجه یک به خانواده شهید مفقود الاثر اسیر نام و نام خانوادگی ایشان:

نسبت شما با وی محل شهادت - اسارت - مفقود شدن زمان:

چنانچه مجروح یا جانباز می باشید: مجروح جانباز درصد جانبازی

آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید: بله خیر

چ: نام سه نفر از اساتید دانشگاه محل تحصیل که شما را 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 شما را کاملاً 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 آشنایی	نحوه آشنایی	تلفن
۱					
۲					

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

استان	شهر	آدرس و کد پستی	شروع اقامت	خاتمه اقامت	تلفن

د: سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه یا هرگونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱				

ذ: چنانچه دارای وابستگی گروهکی می باشید 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 داوطلب شرکت در آزمون دستیاری ورودی سال دوره دانشگاه علوم پزشکی ایران، این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته و در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت.

تاریخ تکمیل فرم..... امضاء مهر نظام پزشکی