

محل الصاق عکس

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیات مرکزی گزینش دانشجو

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون کارشناسی ارشد

گروه پزشکی

تاریخ آزمون رشته انتخابی:

دانشگاه محل تحصیل کارشناسی: رشته تحصیلی: سال ورود: سال فارغ التحصیلی:

تذکره ۱: چنانچه این فرم ناقص تکمیل گردد به آن ترتیب اثر داده نخواهد شد.

تذکره ۲: قسمتهایی که جواب ندارد با خط تیره مشخص گردد.

تذکره ۳: مدارکی که باید پیوست شود: دوقطعه عکس، تصویر تمام صفحات شناسنامه و کارت ملی

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

نام خانوادگی:

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

نام:

کد ملی: شماره شناسنامه: نام پدر: تاریخ تولد: محل

تولد: دین: مذهب: وضعیت تاهل: وضعیت خدمت وظیفه:

تابعیت: 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:

متقاضی استفاده از سهمیه: آزاد مریدان هیئت علمی رزمندگان و ایثارگران

نام دانشگاههای محل تحصیل به صورت مهمان یا انتقالی:

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	میهان یا انتقال
۱				
۲				
۳				

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی:

نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	آدرس دقیق و تلفن

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

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه:

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	نهاد یا ارگان اعزام کننده	محل خدمت
۱				
۲				

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی:

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

وابستگی درجه یک به خانواده شهید مفقود الاثر آزاده نام و نام خانوادگی ایشان.....
نسبت فامیلی شما با وی..... محل شهادت، اسارت، مفقود شدن..... زمان.....

چنانچه جانباز می باشید درصد آن را بنویسید..... آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید بله خیر

مشخصات ۳ نفر از افراد مورد اطمینانی که شما را کاملاً می شناسند 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					
۳					

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
۱				
۲				
۳				

آدرسهای محل سکونت به طور دقیق نوشته شود:

	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه اقامت	تلفن
فعلی					
قبلی					

سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه پس از بازگشایی دانشگاهها یا هرگونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱				
۲				

چنانچه دارای وابستگی گروهکی می باشید با ذکر نوع فعالیت در یک سطر شرح دهید.....

شماره تلفن ضروری جهت تماس..... همراه.....: E-MAIL.....

اینجانب..... داوطلب شرکت در آزمون کارشناسی ارشد سال..... دانشگاه علوم پزشکی..... این فرم را صادقانه و با دقت

تکمیل نموده و مسولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته در صورت اثبات خلاف مطالب فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت.

تاریخ تکمیل فرم..... امضاء.....