

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 دستیاری

تاریخ آزمون رشته انتخابی:

دانشگاه محل تحصیل پزشکی عمومی: سال ورود: سال فارغ التحصیلی:

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

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

تذکر ۳: مدارکی که باید پیوست شود: دокумент عکس، تصویر تمام صفحات شناسنامه و کارت ملی، افرادی که در استخدام رسمی دولت یا
نیروهای نظامی و انتظامی می باشند یک نسخه از حکم استخدامی معهور به مهر کارگزینی محل خدمت

نام خانوادگی:

نام:

کد ملی شماره شناسنامه: نام پدر: تاریخ تولد: محل
تولد: مذهب: دین: وضعیت تأهل: 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 مریبان هیئت علمی رزمندگان و ایثارگران

نام دانشگاههای محل تحصیل به صورت مهمان یا انتقالی:

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

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی:

فعالیت فعلی	نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	آدرس دقیق و تلفن
طرح خارج از مرکز					
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	نهاذ یا ارگان اعزام کننده	محل خدمت
۱				
۲				

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهاذهای دولتی:

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

وابستگی درجه یک به خانواده شهید آزاده مفقود الاش نام و نام خانوادگی ایشان.....
 نسبت فامیلی شما باوی..... محل شهادت، اسارت، مفقود شدن زمان.....
 چنانچه جانباز می باشد در صد آن را بنویسید آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشد بله خیر
 مشخصات ۳ نفر از افراد مورد اطمینانی که شما را کاملاً می شناسند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشد به ترتیب ذکر نمایید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	نحوه آشنایی	تلفن
۱					
۲					
۳					

نام سه قدر از استادی 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:

ردیف	شهر	استان	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه اقامت	تلفن
۱					
۲					

سابقه محکومیت کیفری و یا منوعیت پذیرش در دانشگاه پس از بازگشایی دانشگاهها یا هر گونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انصباطی

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

چنانچه دارای وابستگی گروهکی می باشد با ذکر نوع فعالیت در یک سطر، شرح دهد

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

اینچنانچه داوطلب شرکت در آزمون دستیاری سال دانشگاه علوم پزشکی این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده
 و مسولیت صحت مندرجات را بعده گرفته در صورت اثبات خلاف مطالب فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت.

تاریخ تکمیل فرم امضاء امضاء