

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیات مرکزی گزینش دانشجو

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون فوق تخصصی گروه پزشکی

الف: تاریخ آزمون رشته پذیرفته شده فوق تخصصی :

ب: دانشگاه محل تحصیل دوره تخصصی: رشته تحصیلی تخصصی

سال ورود به دوره تخصصی سال فارغ التحصیلی

ج - دانشگاه محل تحصیل دوره عمومی 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: دو قطعه عکس، تصویر صفحات شناسنامه و کارت ملی

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

نام خانوادگی:

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

نام:

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

..... مذهب: وضعیت تاهل: وضعیت خدمت وظیفه: تابعیت: نام و نام خانوادگی

قبلی: نام و نام خانوادگی و میزان تحصیلات همسر:

شغل و محل کار همسر: شغل پدر: شغل مادر: آدرس

محل زندگی والدین: کد پستی: تلفن:

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

ه: داوطلب دستیاری: آزاد هیئت علمی پیمانی هیئت علمی رسمی آزمایشی

و - نام بیمارستان های محل گذراندن دوره تخصصی

ردیف	نام بیمارستان	تاریخ شروع	تاریخ پایان
۱			
۲			
۳			

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی

نام محل کار	مسولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام (رسمی، پیمانی و ...)	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 (تصویر مستندات مربوطه ضمیمه شود.)

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 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

و: مشخصات ۲ نفر از افراد مورد اطمینانی که شما را کاملاً می شناسند و ترجیحاً از افراد شناخته شده باشند و دو نفر از دوستان مورد اطمینان زمان تحصیل دوره تخصصی که با شما آشنایی نزدیک داشته باشند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند به ترتیب ذکر نمایید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	نحوه آشنایی	آدرس و تلفن
۱					
۲					
۳					
۴					

نام دو 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	آدرس و تلفن
۱					
۲					

آدرسهای محل سکونت به طور دقیق نوشته شود:

	استان	شهر	آدرس پستی (کد پستی قید شود)	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 با ذکر کد شهرستان.....تلفن همراه.....:E-MAIL.....

اینجانب..... داوطلب شرکت در آزمون دستیاری فوق تخصصی سال.....دوره.....دانشگاه علوم پزشکی

..... 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.

مهر نظام پزشکی

تاریخ تکمیل فرم..... امضاء