

بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیئت مرکزی گزینش دانشجو

فرم مشخصات شرکت کنندگان آزمون دستیاری سال گروه پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تاریخ آزمون

رشته های انتخابی : ۱ - ۲ -

دانشگاه محل تحصیل : رشته تحصیلی : سال ورود و سال فراغت از تحصیل :

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

تذکر ۲: قسمتهائی که جواب ندارد با خط تیره مشخص فرمائید.

نام خانوادگی نام

شماره شناسنامه نام پدر تاریخ و محل تولد

دین مذهب وضعیت تاهل

وضعیت خدمت و 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

در صورتیکه پرسنل رسمی یکی از نیروهای نظامی انتظامی هستید نام نیرو و تاریخ شروع بکار را ذکر نمائید:

داوطلب دستیاری : آزاد ☐ مستقیم ☐ ده درصد

نام دانشگاههای محل تحصیل در صورت گذراندن دوره بصورت میهمان یا انتقال:

نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	میهمان یا انتقال

آزمونهای قبلی (نتایج دو دوره آخر):

محل آزمون		
نتیجه آزمون علمی		
نتیجه گزینش عمومی		

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی

نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	آدرس دقیق و تلفن
فعالیت فعلی				
طرح خارج از مرکز				

۱ - دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی می بایست نام واحد دانشگاهی خود را نیز مشخص فرمایند. واحد دانشگاهی

۲ - به جز الصاق عکس ارائه ۲ قطعه عکس دیگر الزامی است .

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه:

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	نهاد یا ارگان اعزام کننده	محل خدمت
۱				
۲				
۳				

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 ☐ مفقودالثر ☐ اسیر ☐ نام و نام خانوادگی ایشان ☐ نسبت فامیلی شما باوی محل (شهادت / اسارت / مفقود شدن) زمان چنانچه مجروح یا جانباز میباشید : مجروح ☐ جانباز ☐ نوع آسیب دیدگی ☐ زمان و محل وقوع :

آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید: بله ☐ خیر ☐

مشخصات دو نفر افراد مورد اطمینانی که شما را کاملاً می شناسند و دو نفر از دوستان زمان تحصیل که باشما آشنائی نزدیک داشته باشند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند . به ترتیب ذکر نمائید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنائی	نحوه آشنائی	آدرس و تلفن

آدرسهای محل سکونت بطور دقیق نوشته شود.

	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه اقامت
فعلی				
قبلی				

سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه پس از بازگشائی دانشگاهها یا هر گونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم

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

شماره تلفن ضروری جهت تماس

اینجانب

پذیرفته شده آزمون دستیاری سال

دانشگاه علوم پزشکی

این فرم را در تاریخ

صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته در صورت اثبات

خلاف مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت .

امضاء