



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

معاونت فرهنگی و دانشجویی

بسمه تعالی

فرم مشخصات دانشجویی (الف)

محل الصاق
عکس

مطالب این فرم بصورت **محرمانه** و با رعایت اصول کامل امانتداری نگهداری خواهد شد

شماره دانشجویی: [] رشته تحصیلی: [] سهمیه قبولی در دانشگاه: []

مقطع تحصیلی: تخصص دکترا کارشناسی ارشد کارشناسی پیوسته کارشناسی ناپیوسته کاردانی

مشخصات فردی دانشجو:

نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	تاریخ تولد:
محل تولد:	محل صدور:	نام و نام خانوادگی قبلی:	سریال شناسنامه:
شماره شناسنامه:	کد ملی:	نام مستعار:	تلفن همراه:
وضعیت تأهل: مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/>	جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>	وضعیت نظام وظیفه: غیر مشمول <input type="checkbox"/> کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> معافیت <input type="checkbox"/>	
دین: اسلام <input type="checkbox"/> زردشتی <input type="checkbox"/> مسیحی <input type="checkbox"/> سایر:	مذهب: شیعه <input type="checkbox"/> اهل تسنن <input type="checkbox"/> اقلیت <input type="checkbox"/>	اهلیت: بومی <input type="checkbox"/> غیر بومی <input type="checkbox"/>	
تابعیت کشور قبلی:	تابعیت فعلی:	قومیت: فارس <input type="checkbox"/> بلوچ <input type="checkbox"/> کرد <input type="checkbox"/> لر <input type="checkbox"/> ترک <input type="checkbox"/> عرب <input type="checkbox"/> ترکمن <input type="checkbox"/> سایر:	میزان درآمد:
آیا به کار دیگری غیر از تحصیل اشتغال دارید که درآمدی برای شما داشته باشد: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> شغل:			

مشخصات همسر:

* در صورت متأهل بودن این قسمت به طور دقیق تکمیل شود.

نام و نام خانوادگی همسر: تاریخ تولد همسر: کد ملی همسر:

شماره همراه همسر: شغل همسر: تاریخ ازدواج: تعداد فرزندان:

مشخصات والدین:

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	سال تولد	شغل	درآمد ماهیانه
۱		پدر			
۲		مادر			

نشانی دقیق محل کار پدر یا ولی دانشجو:

تلفن محل کار: همراه پدر یا ولی دانشجو:

نشانی دقیق محل سکونت دائمی خانواده: استان: شهرستان: بخش: خیابان اصلی:

کوچه: پلاک: کدپستی: تلفن ثابت:

نام دو تن از اشخاص نزدیک که در صورت لزوم بتوان با آنها تماس گرفت: (غیر از افراد خانواده)

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	شغل	تلفن ثابت	تلفن همراه	آدرس
۱						
۲						

اینجانب: تعهد می نمایم که کلیه موارد مندرج در این پرسشنامه را صادقانه و با صحت کامل تکمیل نموده و در صورتیکه خلاف واقع در اطلاعات داده شده مشاهده و اثبات گردید، مسئولین دانشگاه حق محرومیت من را از کلیه امکانات رفاهی دانشگاه خواهند داشت.

امضاء دانشجو: تاریخ تکمیل فرم:

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
معاونت فرهنگی دانشجویی

فرم مشخصات دانشجویی (ب)

مطالب این فرم بصورت محرمانه و با رعایت اصول کامل امانتداری نگهداری خواهد شد

رشته تحصیلی:

شماره دانشجویی:

مشخصات فردی دانشجو:

نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	کد ملی:
------	---------------	----------	---------

مشخصات افراد خانواده (برادر، خواهر، فرزند):

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	سال تولد	شغل	آدرس و تلفن
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					

ملاحظات: (در این کادر چیزی ننویسید)

اینجانب: تعهد می نمایم که کلیه موارد مندرج در این پرسشنامه را صادقانه و با صحت کامل تکمیل نموده و در صورتیکه خلاف واقع در اطلاعات داده شده مشاهده و اثبات گردید، مسئولین دانشگاه حق محرومیت من را از کلیه امکانات رفاهی دانشگاه خواهند داشت.

تاریخ تکمیل فرم:

امضاء دانشجو: