فرم ثبت نام دانشجویان دوره تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

مم

مح محل الصاق عکس

محلمم الصاق عکسلمحل ال الصاق عکس

دانشگاه علوم پزشکی ارومیه معاونت فرهنگی و دانشجویی

سال تأسیس 1365

دانشجوی عزیز لطفا این پرسشنامه را به طور دقیق تکمیل نمایید .

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

شماره دانشجویی : ............................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   نام ................................................................   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   نام خانوادگی : ............................................................. |
| کد ملی : شماره شناسنامه : سریال شناسنامه : تاریخ تولد : / / 13  محل تولد : محل صدور شناسنامه : جنس : مرد زن تاهل : مجرد متاهل  وضعیت اقامت : بومی (ساکن در شهر محل تحصیل) غیر بومی نام پدر : شغل پدر : |
| رشته قبولی : دانشکده : سهیمه قبولی در دانشگاه : نام دانشگاه مقطع قبلی :  چنانچه شما در مقطع قبلی فارغ التحصیل دانشگاه آزاد یا وزارت علوم بوده اید کپی تسویه حساب یا گواهی موقت خود را به اداره رفاه ارائه دهید .  در صورتی که انتقالی از سایر دانشگاهها می باشید موارد ذیل را تکمیل نمایید . الف) نام دانشگاه مبدأ ............................................ ب) رشته تحصیلی در دانشگاه مبدأ ................................................ |
| وضعیت نظام وظیفه : معافیت تحصیلی معافیت دائم از خدمت کارت پایان خدمت  مذهب : تشیع تسنن مسیحی سایر در صورت سایر بودن نام مذهب نوشته شود . .................. |
| آیا کارمند رسمی ادارات ، نهادها یا سازمانهای دولتی هستید ؟ بلی خیر در صورتی که جواب بلی است نام سازمان را ذکر نمائید . |
| آیا تحت پوشش بیمه درمان و بازنشستگی هستید . بلی خیر در صورتی که جواب بلی است نام بیمه را ذکر نمائید . |
| در صورت متأهل بودن این قسمت را تکمیل نمائید و کپی صفحات شناسنامه خود را به اداره رفاه تحویل دهید .  نام و نام خانوادگی همسر : ..................................... سال ازدواج / / 13 تعداد فرزند .................. تاریخ تولد همسر / / 13  شماره شناسنامه همسر ................................................ شماره ملی همسر .................................................... شغل همسر ................................................ تلفن همراه همسر ................................................................  نام فرزند اول ................................................................ کد ملی .................................................................. تاریخ تولد / / 13  نام فرزند دوم ................................................................ کد ملی .................................................................. تاریخ تولد / / 13 |
| شماره تلفن همراه دانشجو ............................................................... شماره تلفن ثابت منزل دانشجو .....................................................  شماره تلفن همراه پدر .................................................................... شماره تلفن همراه مادر .............................................................  نشانی محل سکونت دائمی خانواده (با ذکر نام شهر و استان) : .......................................................................................................................................................................................................................................  در صورت تغییر آدرس محل سکونت و شماره تلفن مراتب را سریعاً به اداره رفاه و خدمات دانشجویی اطلاع دهید . |
| جهت اطلاع از اخبار وام و تسهیلات عضو کانال مفدا شوید . آدرس کانال تلگرامی مفدا @urmiamefda |

تاریخ تکمیل فرم امضاء دانشجو تاریخ و امضاء بررسی کننده فرم