

بسمه تعالی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

هیات مرکزی گزینش دانشجو

فرم مشخصات شرکت کنندگان در دوره آزمون پذیرش دستیار تخصصی

تاریخ آزمون:

رشته قبولی:

دانشگاه محل تحصیل دوره پزشکی عمومی سال ورود: سال فراغت از تحصیل:

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

تذکر ۲: قسمتهایی جواب ندارد با خط تیره مشخص فرمائید.

نام خانوادگی:

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

نام:

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

شماره شناسنامه:

نام پدر: تاریخ و محل تولد:

دین:

مذهب: تابعیت:

وضعیت خدمت نظام وظیفه: انجام داده ام انجام نداده ام معاف هستم مشغول انجام هستم

وضعیت تاهل: مجرد متاهل: نام و نام خانوادگی همسر: شغل و محل کار همسر:

شغل پدر: شغل مادر: آدرس محل زندگی والدین:

در صورتی که پرسنل رسمی یکی از نیروهای نظامی و انتظامی هستید نام نیرو و تاریخ شروع به کار را ذکر نمائید.

سهامیه قبولی: آزاد مازاد مناطق محروم رزمندگان بورسیه ارتش

نام دانشگاه محل تحصیل در صورت گذراندن دوره بصورت مهمان یا انتقال:

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

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی

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

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

واحد دانشگاهی:

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	نوع فعالیت	نوع ارتباط	تاریخ شروع و خاتمه
۱						
۲						

وابستگی درجه یک به خانواده شهید مفقودالثر اسیر نام خانوادگی ایشان

نسبت فامیلی شما با ایشان محل شهادت/اسارت مفقود شدن

چنانچه مجروح یا جانباز می باشید: مجروح جانباز نوع آسیب دیدگی

آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید: بلی خیر

مشخصات دونفر از افراد مورد اطمینانی که شمار را کاملاً می شناسند و دونفر از دوستان زمان تحصیل 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					

آدرس محل سکونت بطور دقیق نوشته شود.

آدرس	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه اقامت
فعلی				
قبلی				

سابقه محکومیت کیفری یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه پس از بازگشایی دانشگاهها یا هرگونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی.

آدرس	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 ضرور جهت تماس:

اینجانب داوطلب شرکت در آزمون دوره دستیاری پزشکی این فرم را در تاریخ صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات آنرا بعهده گرفته و در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراضی نسبت به نتیجه بررسی صلاحیت های عمومی خود را نخواه داشت. تاریخ و امضاء