

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه :

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

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهاد های دولتی :

| ردیف | نام محل | استان | شهر | تاریخ شروع | تاریخ خاتمه | نوع فعالیت | ارتباط |
|------|---------|-------|-----|------------|-------------|------------|--------|
| ۱ | | | | | | | |
| ۲ | | | | | | | |

- ✓ وابستگی درجه یک به خانواده شهید : مفقود الاثر : آزاده : نام و نام خانوادگی ایشان :
- ✓ نسبت فامیلی با وی : محل شهادت ، اسارت ، مفقود شدن : زمان :
- ✓ چنانچه جانباز می باشید درصد آن را بنویسید: آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید : بله خیر
- مشخصات ۳ نفر از افراد مورد اطمینانی که شما را کاملاً می شناسند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند به ترتیب ذکر نمایید.

| ردیف | نام و نام خانوادگی | شغل | مدت آشنایی | نحوه آشنایی | تلفن |
|------|--------------------|-----|------------|-------------|------|
| ۱ | | | | | |
| ۲ | | | | | |
| ۳ | | | | | |

نام سه 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 |
|------|--------------------|-------------|----------------------|-------------|
| ۱ | | | | |
| ۲ | | | | |
| ۳ | | | | |

آدرس محل سکونت به طور دقیق نوشته شود :

| آدرس | استان | شهر | آدرس پستی | تاریخ شروع اقامت | تاریخ خاتمه اقامت | تلفن |
|------|-------|-----|-----------|------------------|-------------------|------|
| فقطی | | | | | | |
| 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 : همراه : پست الکترونیکی :

اینجانب داوطلب شرکت در آزمون کارشناسی ارشد سال دانشگاه علوم پزشکی استان سمنان این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته در صورت اثبات خلاف مطالب فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت .

تاریخ تکمیل فرم : امضاء :