

محل الصاق عكس

هیات مرکزی گزینش دانشجو

لطفا در این قسمت چیزی ننویسید

فرم مشخصات شرکت کنندگان در

آزمون دستیاری گروه پزشکی

تاریخ آزمون: رشته انتخابی (قبولی): دانشگاه محل تحصیل (دوره عمومی):

رشته تحصیلی: پزشکی سال ورود: سال فارغ التحصیلی:

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

➤ تذکر ۲: قسمتهایی که جواب ندارد با خط تیره مشخص گردد.

➤ تذکره ۳: مدارکی که باید پیوست شود: دو قطعه عکس، تصویر تمام صفحات شناسنامه و کارت ملی

نام خانوادگی:

..... نام :

.....: کد ملی

شماره شناسنامه : نام پدر : تاریخ تولد :

.....: محل تولد:: دین:: مذهب:

..... وضعیت تاهل : وضعیت خدمت وظيفه :

..... تابعیت : نام و نام خانودگی قبلی :

نام و نام خانوادگی همسر: میزان تحصیلات همسر:

..... شغل و محل کار همسر : شغل پدر : شغل مادر :

..... آدرس محل زندگی والدین :

◆ متقاضی استفاده از سهمیه: آزاد □ مربیان هیأت علمی: □ رزمندگان و ایثارگران: □

نام دانشگاه‌های محل تحصیل به صورت مهمان یا انتقالی (دوره پزشکی):

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

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی :

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

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
فصلی						
قبله						

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 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 :