

شماره دانشجویی :

اینجانب متعهد میشوم ۱- فارغ التحصیل دانشگاههای داخل و خارج در مقطع بالاتر از کاردانی (به استثناء دوره های تکمیلی) نمی باشم
 دانشجوی فعلی یا اخراجی دانشگاهها وموسسات آموزش عالی داخل کشور نمی باشم
 قبل از تاریخ دانشجو بوده و لغایت از تحصیل انصراف قطعی حاصل نموده ام وگواهیهای لازم را از موسسه آموزش عالی
 زیربط وامور دانشجویان دریافت داشته ام .
 در صورت عدم صحت مراتب فوق دانشگاه می تواند از تحصیل اینجانب در هر مقطعی از تحصیل ممانعت به عمل آوردهو طبق مقررات مربوطه اقدام نماید.

مشخصات خانواده (پدر ، مادر، خواهران، همسر، فرزندان)

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	نام پدر	میزان تحصیلات	شغل	آدرس محل کار وسکونت
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						

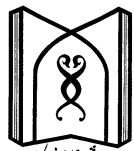
مشخصات سه نفر از دوستان صمیمی ونزدیک

ردیف	نام و نام خانوادگی	میزان تحصیلات	شغل	مدت آشنایی	تلفن	آدرس محل کار وسکونت
۱						
۲						
۳						

فعالیت هایی که در ارگانها ونهادها داشته اید

ردیف	نام نهاد	محل خدمت	از تاریخ	تا تاریخ	علت کناره گیری
۱					
۲					
۳					
۴					

امضاء دانشجو تاریخ



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشتی دانشگاه تهران

شماره دانشجویی :

نام خانوادگی :											
نام :											
نام پدر						جنس <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن					
دانشکده :						شماره شناسنامه: کد ملی:					
رشته :						شماره ورود: شماره سریال شناسنامه :					
مقطع						تاریخ تولد: روز ماه سال ۱۳					
مذهب دین						نوع دیپلم: ----- معدل دیپلم ----- سال اخذ دیپلم -----					
قومیت ملیت						وضعیت جسمانی: سالم <input type="checkbox"/> معلول <input type="checkbox"/> نوع معلولیت					
محل صدور شناسنامه تاریخ ثبت نام						درصد معلولیت					
وضعیت تاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>						سهمیه ثبت نامی نوع تعهد :					
وضعیت تاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>						استان محل تعهد :					
در صورت متاهل بودن تکمیل شود						دوره تحصیلی: روزانه <input type="checkbox"/> آموزش آزاد <input type="checkbox"/> تکمیلی <input type="checkbox"/>					
نام و نام خانوادگی همسر:						وضعیت تحصیلی: عادی <input type="checkbox"/> انتقالی <input type="checkbox"/> میهمان <input type="checkbox"/> تغییر رشته <input type="checkbox"/>					
شغل همسر:						انتقالی فرزندان هیئت علمی <input type="checkbox"/> انتقالی شاهد <input type="checkbox"/>					
میزان تحصیلات همسر:						استان تولد: شهر: بخش :					
تعداد فرزندان: ---						وضعیت اشتغال:					
نام فرزندان: -----						فاقدشغل <input type="checkbox"/> شاغل <input type="checkbox"/> نام محل کار:					
تاریخ ازدواج :						نمره آزمون دستیاری با ضریب مربوطه :					
نوع سکونت :						شماره نظام پزشکی :					
همراه والدین <input type="checkbox"/> منزل شخصی دارم <input type="checkbox"/>						شغل پدر: ----- میزان تحصیلات -----					
همراه اقوام اقامت دارم <input type="checkbox"/> دارای منزل اجاره ای هستم <input type="checkbox"/>						شغل مادر: ----- میزان تحصیلات -----					
قبلا ساکن خوابگاه بوده ام <input type="checkbox"/> متقاضی خوابگاه هستم <input type="checkbox"/>											
از خانه سازمانی استفاده میکنم <input type="checkbox"/>											
آدرس و تلفن و کد پستی محل سکونت :											
تلفن همراه دانشجوی:											
شماره تلفنی که بشود با خانواده شما تماس فوری گرفت : تلفن ثابت : کد : همراه :											
آدرس پست الکترونیکی (E mail)											
اطلاعات مربوط به مقطع قبلی						وضعیت انجام طرح نیروی انسانی : انجام داده ام <input type="checkbox"/> در حال انجام طرح <input type="checkbox"/>					
نام دانشگاه: رشته:						معاف از طرح <input type="checkbox"/> محل انجام طرح:					
تاریخ فراغت از تحصیل :											
سهمیه قبولی دوره قبلی:						وضعیت نظام وظیفه : مشمول <input type="checkbox"/> معافیت پزشکی <input type="checkbox"/> معافیت کفالت <input type="checkbox"/>					
بدهی به صندوق رفاه :						کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/>					