

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 زمان و محل وقوع

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 سی و یکمین دوره دستیاری دندانپزشکی 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