

شماره دستیاری :

نام خانوادگی :											
نام :											
دانشکده						نام پدر					
						جنس <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد					
رشته						شماره شناسنامه					
						ترم ورود <input type="checkbox"/> ترم اول <input type="checkbox"/> ترم دوم <input type="checkbox"/>					
نوع مقطع مذهب						تاریخ تولد ماه روز سال ۱۳					
ملیت						وضعیت جسمانی : <input type="checkbox"/> 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"/>						سهامیه ثبت نامی سهامیه نهایی (قبولی)					
						نوع تعهد :					
						استان محل تعهد :					
						کد ملی :					
در صورت متاهل بودن تکمیل شود نام و نام خانوادگی همسر: شغل همسر:						استان تولد: شهر: بخش :					
میزان تحصیلات همسر:						فاقدشغل <input type="checkbox"/> شاغل <input type="checkbox"/> نام محل کار:					
تاریخ ازدواج :						میزان درآمد :					
تعداد فرزندان نفر											
نام فرزند: ۱-											
۲-											
۳-											
نوع سکونت :						نمره آزمون دستیاری با ضریب مربوطه :					
<input type="checkbox"/> منزل شخصی دارم <input type="checkbox"/> همراه والدین						شماره نظام پزشکی :					
<input type="checkbox"/> همراه اقوام اقامت دارم <input type="checkbox"/> دارای منزل اجاره ای هستم											
<input type="checkbox"/> قبلا ساکن خوابگاه بوده ام <input type="checkbox"/> متقاضی خوابگاه هستم											
<input type="checkbox"/> از خانه سازمانی استفاده میکنم											
ادرس و تلفن و کد پستی محل سکونت :											
.....											
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 :					
نام دانشگاه: تاریخ فراغت از تحصیل						وضعیت پروانه دائم :					
.....						شماره پروانه : تاریخ پروانه :					
سهامیه قبولی دوره قبلی:						وضعیت نظام وظیفه : <input type="checkbox"/> مشمول <input type="checkbox"/> معافیت پزشکی <input type="checkbox"/> معافیت کفالت <input type="checkbox"/>					
بدهی به صندوق رفاه :						کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/>					

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

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

مشخصات سه نفر از دوستان صمیمی و نزدیک

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

فعالیت هایی که در ارگانها و نهادها داشته اید

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

امضاء دانشجو

تاریخ