

محل الصاق  
عکس

بسمه تعالی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

هیات مرکزی گزینش دانشجوی

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون

پذیرش دانشجوی کارشناسی ارشد

تاریخ آزمون:

رشته قبولی:

دانشگاه محل تحصیل دوره کارشناسی سال ورود: سال فراغت از تحصیل:

تذکر 1: چنانچه این فرم ناقص تکمیل گردد به آن ترتیب اثر داده نخواهد شد.

تذکر 2: قسمتهایی جواب ندارد با خط تیره مشخص فرمائید.

نام خانوادگی:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نام:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

شماره شناسنامه:

نام پدر: تاریخ و محل تولد:

دین:

مذهب: تابعیت:

وضعیت خدمت نظام وظیفه: انجام داده ام  انجام نداده ام  معاف هستم  مشغول انجام هستم

وضعیت تاهل: مجرد  متاهل:  نام و نام خانوادگی همسر: شغل و محل کار همسر:

شغل پدر: شغل مادر: آدرس محل زندگی والدین:

در صورتی که پرسنل رسمی یکی از نیروهای نظامی و انتظامی هستید نام نیرو و تاریخ شروع به کار را ذکر نمائید.

سهمیه قبولی: آزاد  مازاد مناطق محروم  رزمندگان  بورسیه ارتش  استعدادهای درخشان

نام دانشگاه محل تحصیل در صورت گذراندن دوره بصورت مهمان یا انتقال:

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	مهمان یا انتقال
1				
2				
3				

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی

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

تذکرات 1- دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی می بایست نام واحد دانشگاهی خود را نیز مشخص نمایند.

واحد دانشگاهی:

--

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	نهاد یا ارگان اعزام کننده	محل خدمت
1				
2				
3				

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی

ردیف	نام محل	استان	شهر	نوع فعالیت	نوع ارتباط	تاریخ شروع و خاتمه
1						
2						

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 نمائید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	نحوه آشنایی	آدرس و تلفن
1					
2					
3					
4					

آدرس محل سکومت 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
1				
2				

چنانچه دارای وابستگی گروهکی می باشید با ذکر نوع فعالیت در یک سطر شرح دهید:

شماره تلفن ضرور جهت تماس:

تکمیل نموده و در صورت هرگونه  
تاریخ و امضاء

اینجانب متعهد می گردم که بندهای مذکور در این فرم را بدون اشتباه در تاریخ  
مغایرت و یا عدم صحت مندرجات فوق، مسئولیت کلیه عواقب بر عهده اینجانب خواهد بود.