

محل الصاق عکس

بسمه تعالیٰ

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

هیات مرکزی گزینش دانشجو

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون تخصصی

دوره دستیاری گروه پزشکی

تاریخ آزمون:

رشته قبولی:

سال فراغت از تحصیل:

سال ورود:

دانشگاه محل تحصیل دوره دندانپزشکی عمومی

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

تذکر ۲: قسمتهایی جواب ندارد با خط تیره مشخص فرمائید.

نام خانوادگی:

نام:

شماره شناسنامه:

دین: مذهب: تابعیت:

انجام نداده ام معاف هستم منشغول انجام هستم

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

شغل پدر: آدرس محل زندگی والدین:

درصورتی 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 رزمدگان بورسیه ارشت

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

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

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 ۱- دانشجویان دانشگاه ازاد 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
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	نام خانوادگی ایشان
۱							
۲							

وابستگی درجه یک به خانواده شهید مفقودالاثر اسیر نام خانوادگی ایشان

نسبت فامیلی شما با ایشان محل شهادت/اسارت مفقود شدن

چنانچه مجروح یا جانباز می باشد: مجروح جانباز زمان و محل وقوع

آیا عضو نیروی مقومت بسیج می باشد: بله 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 آشنازی	نحوه آشنازی	آدرس و تلفن
۱					
۲					
۳					
۴					

آدرس محل سکونت بطور دقیق نوشته شود.

آدرس	استان	شهر	مدت آشنازی	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه اقامت
فعالی					
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 باشد با ذکر نوع فعالیت در یک سطر شرح دهید:

شماره تلفن ضرور جهت تماس:

اینجانب داوطلب شرکت در آزمون چهل و هشتادین دوره دستیاری پزشکی این فرم را در تاریخ صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحبت 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.