

عکس
الماؤه
محل

بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
هیئت مرکزی گزینش دانشجوی

در این قسمت چیزی ننویسید

فرم مشخصات دانشجویان دستیاری

دانشگاه علوم پزشکی اردبیل تاریخ آزمون: رشته قبولی:

تذکر: چنانچه این فرم ناقص تکمیل گردد به آن ترتیب اثر داده نخواهد شد.
تذکر 2: قسمتهایی که جواب ندارد با خط تیره مشخص فرمائید.

نام:

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

نام خانوادگی:

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

تاریخ تولد: نام پدر: کد ملی:

نام و نام خانوادگی قبلی: تابعیت:

شغل پدر: شغل مادر: آدرس محل زندگی والدین:

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

سهمیه قبولی:

وضعیت خدمت و وظیفه: انجام داده ام معاف هستم مشغول انجام هستم

در صورتیکه پرسنل رسمی یکی از نیروهای نظامی، انتظامی هستید نام نیرو و تاریخ شروع به کار را ذکر نمایید:

دانشگاههای محل تحصیل مقطع قبلی:

ردیف	مقطع تحصیلی	رشته تحصیلی	دانشگاه محل تحصیل	شهر محل تحصیل	سال ورود	سال فراغت
1	پزشکی عمومی					
3	تخصص					

دانشگاههای محل تحصیل در صورت گذراندن دوره به صورت میهمان یا انتقال:

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	نوع استخدام	ادرس دقیق و تلفن
1					
2					

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی:

ردیف	نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع	تاریخ پایان	نوع استخدام	ادرس دقیق و تلفن
1						
2						
3						

آزمون های قبلی، درج دو دوره آخر:

ردیف	محل آزمون	نتیجه آزمون عملی	نتیجه گزینش عمومی
1			
2			

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه:

محل خدمت	نهاد یا ارگان اعزام کننده	تاریخ خاتمه	تاریخ شروع

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی:

ارتباط	نوع فعالیت	تاریخ خاتمه	تاریخ شروع	شهر	استان	نام محل

مشخصات دو نفر از اساتید که شما را کاملاً می شناسند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند را ذکر نمایید:

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	نحوه آشنایی	ادرس و تلفن
1					
2					

مشخصات دو نفر از کارشناسان محل تحصیل که شما را کاملاً می شناسند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند را ذکر نمایید:

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	نحوه آشنایی	ادرس و تلفن
1					
2					

ادرس محل سکونت بطور دقیق نوشته شود:

تاریخ خاتمه	تاریخ شروع	ادرس پستی	شهر	استان	شماره

سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه پس از بازگشایی دانشگاهها یا هر گونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی:

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم
1			
2			

وابستگی درجه یک به خانواده شهید مفقود الاثر اسیر نام و نام خانوادگی ایشان: _____ زمان: _____

نسبت فامیلی شما با وی: _____ 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: بله خیر

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

دانشگاه علوم پزشکی:

داوطلب شرکت در آزمون:

این فرم را در تاریخ: _____ صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته و در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون نخواهم داشت.

امضاء

شماره تلفن ثابت و همراه جهت تماس: