



فرم مشخصات پذیرفته شدگان رشته های مختلف تخصصی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

پذیرفته شدگان گرامی، خواهشمند است قبل از تکمیل این فرم به نکات زیر توجه فرمایید:

- ۱) تکمیل این فرم جهت کلیه دستیاران به هنگام ثبت نام الزامی است.
- ۲) مسئولیت تکمیل دقیق و خوانای این فرم به عهده دستیار بوده و در صورت اثبات خلاف اطلاعات مندرج در فرم دستیار حق هیچ گونه اعتراضی نخواهد داشت.
- ۳) اطلاع از مقررات دستیاری و تقویم دانشگاه از وظایف اصلی دستیاران است و عدم اطلاع، از دستیار سلب مسئولیت نمی کند.

نام خانوادگی	نام خانوادگی قبلی:	شماره شناسنامه:	نام:
کد ملی:	تاریخ تولد: روز:	ماه:	سال:
محل صدور:	دین:	مذهب:	تابعیت:
وضعیت تأهل: متاهل <input type="checkbox"/>	مجرد <input type="checkbox"/>	داد فرزند <input type="checkbox"/>	دستیار بومی <input type="checkbox"/>
			غیر بومی <input type="checkbox"/>

اطلاعات تحصیلی مربوط به دوره دستیاری :

دوره قبولی:	رشته:
در صورت بلی چه رشته هایی و چه دوره هایی؟	آیا قبلاً دستیار بوده اید؟
دانشگاه محل تحصیل دوره دکترای عمومی:	سهمیه قبولی دوره دکترای عمومی:
آیا طرح نیروی انسانی را انجام داده اید؟	آیا دارای پروانه دائم می باشید؟
شماره نظام پزشکی:	
در صورتی که قبل از شروع نظام وظیفه و طرح نیروی انسانی، وارد دوره دستیاری شده اید از چه قانونی جهت شرکت در آزمون پذیرش دستیاری استفاده نموده اید؟	
۱- قانون تسهیل ازدواج جوانان <input type="checkbox"/> ۲- قانون تسهیلات اعطایی به استعداد درخشان <input type="checkbox"/> ۳- ۱٪ رتبه اول، ۱٪ رتبه دوم و ۱٪ رتبه سوم دانشگاه ها <input type="checkbox"/>	

اطلاعات نظام وظیفه:

- ۱- کارت پایان خدمت ۲- معافیت پزشکی ۳- معافیت کفالت دائم
- ۴- کفالت موقت ۵- کادر نیرو های انتظامی و نظامی ۶- اتباع بیگانه
- ۷- انجام نداده ام ۸- سایر موارد

اطلاعات تکمیلی:

آیا شاغل می باشید؟ در صورت بلی در چه ارگان و یا سازمانی مشغول خدمت می باشید؟

استخدام شما به چه صورتی می باشد؟

آیا متقاضی استفاده از مأموریت آموزشی می باشید؟

آیا متقاضی استفاده از مرخصی بدون حقوق می باشید؟

آدرس و شماره تلفن محل کار:

آدرس محل سکونت قبلی دستیار:

آدرس محل سکونت فعلی دستیار:

کد پستی: تلفن ثابت: تلفن همراه:

آدرس پست الکترونیک:

شماره تلفن همراه یکی از بستگان یا آشنایان که در صورت نیاز بتوان با ایشان تماس گرفت:

نسبت	نام و نام خانوادگی	شغل	نشانی کامل - تلفن
پدر			
مادر			
همسر			
خواهر			
برادر			

مخصوص دستیاران خارجی :

شماره گذرنامه :	ملیت:
نوع پذیرش:	نوع بورسیه:

اینجانب :

پذیرفته شده رشته تخصصی:

این فرم را در تاریخ _____ صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت این اطلاعات را به عهده گرفته و در صورت هرگونه مغایرت مسئولیت آن را می پذیرم و دانشگاه می تواند برابر مقررات با اینجانب رفتار نماید و حق هیچ گونه اعتراضی نخواهم داشت.

تاریخ :

امضاء: