**فرم شماره 4** 

 **فرم اطلاعات دستياران رشته های تخصص معاونت آموزشی**

**جهت درج در سامانه سما**

دستيار گرامي: با توجه به اينكه اطلاعات اين فرم به عنوان اطلاعات عمومي شما در كامپيوتر ثبت مي­گردد در تكميل صحيح آن دقت فرمائيد.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

شماره دستياري : پست الکترونیکی:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  شماره نظام پزشکی : |

كد ملي :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1- نام ...................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2- نام خانوادگي ......................................................

3- نام پدر: 4- تاريخ تولد:‌ روز / ماه / سال 5- محل تولد: 6- شماره شناسنامه :

7- محل صدور : 8- جنسیت: مرد **[ ]**  زن **[ ]**  9-دين: 10- مليت:

11- مذهب 12- وضعیت تأهل: متأهل **[ ]**  مجرد **[ ]**  13- تعداد فرزندان :

14- وضعيت اشتغال: هیأت علمی **[ ]**  کارمند وزارتخانه، سازمان و یا نهاد **[ ]**  محل مربوطه

15- نوع استخدام هیأت علمی : قراردادی **[ ]**  پیمانی **[ ]**  رسمی آزمایشی **[ ]**  رسمی قطعی **[ ]**

16- وضعيت نظام وظيفه : كارت پايان خدمت  **[ ]**  معافيت پزشكي **[ ]**  معافيت كفالت دائم **[ ]**  معافيت دائم **[ ]**  معافیت تحصیلی **[ ]**

ب) اطلاعات تحصیلی مقطع دکترای عمومی :

17- نام دانشگاه محل تحصیل مقطع دکترای پزشکی عمومی:

18- نوع سهمیه پذیرفته شده:

آزاد **[ ]**  مناطق محروم **[ ]**  سهمیه جانبازان (70 % به بالا) و آزادگان **[ ]**  رزمندگان، خانواده شهدا، ایثارگران **[ ]**

اتباع غیرایرانی **[ ]**  انتقالی خارج از کشور (5/2) درصد **[ ]**

19- تاریخ ورود به دوره دكتراي عمومی : روز / ماه / سال 20- تاریخ فراغت از تحصیل دوره دکترای عمومی: روز / ماه / سال

21- میزان بدهی : ............................................. 22- وضعیت انجام طرح نیروی انسانی: معاف**[ ]**  پایان طرح **[ ]**  انجام نداده­ام**[ ]**

ج)اطلاعات تحصیلی مقطع دکترای تخصصی پزشکی:

23- نام دانشگاه محل تحصیل مقطع تخصصی پزشکی :

24- نوع پذيرش در دوره تخصصی :

آزاد **[ ]**  رزمندگان، خانواده شهدا، ایثارگران **[ ]**  مناطق محروم **[ ]**  اتباع غیرایرانی **[ ]**  انتقالی خارج از کشور (5/2) درصد **[ ]**  سهمیه جانبازان (70 % به بالا) و آزادگان **[ ]**

25- سال ورود به دوره تخصصی : روز / ماه / سال 24- سال فراغت از دوره تخصصی : روز / ماه / سال

26- سال قبولی در آزمون دانشنامه تخصصی کتبی : ................................................ شفاهی : .............................................

27- فارغ التحصيل تخصصی از دانشگاه : ............................................. 28- میزان بدهی:............................................

29- وضعیت انجام تعهدات ضریبK تخصصی : معاف**[ ]**  پایان تعهدات ضریب K تخصصی **[ ]**  انجام نداده­ام**[ ]**

 آدرس محل سکونت دائمی:

کدپستی: تلفن تماس ثابت: تلفن همراه:

مطالب فوق مورد تایید است. محل امضا دستیار محل امضا و مهرکارشناس آموزش تخصصی و فوق تخصصی

تاریخ: