



فرم شماره ۴

معاونت آموزشی

فرم اطلاعات دستیاران رشته های تخصصی جهت درج در سامانه سما

دستیار گرامی: با توجه به اینکه اطلاعات این فرم به عنوان اطلاعات عمومی شما در کامپیوتر ثبت می گردد در تکمیل صحیح آن دقت فرمائید.

| | |
|--------------------|--|
| شماره دستیاری: | |
| شماره نظام پزشکی : | |
| کد ملی : | |

- ۱- نام
 ۲- نام خانوادگی
 ۳- نام پدر:
 ۴- تاریخ تولد: روز / ماه / سال
 ۵- محل تولد:
 ۶- شماره شناسنامه:
 ۷- محل صدور:
 ۸- جنسیت: مرد زن
 ۹- دین:
 ۱۰- ملیت:
 ۱۱- مذهب
 ۱۲- وضعیت تأهل: متاهل مجرد
 ۱۳- تعداد فرزندان:
 ۱۴- وضعیت اشتغال: هیأت علمی کارمند وزارت خانه، سازمان و یا نهاد محل مربوطه
 ۱۵- نوع استخدام هیأت علمی: قراردادی پیمانی رسمی آزمایشی
 ۱۶- وضعیت نظام وظیفه: کارت پایان خدمت معافیت کفالت دائم معافیت پزشکی معافیت دائم معافیت تحصیلی

ب) اطلاعات تحصیلی مقطع دکترای دندانپزشکی عمومی:

۱۷- نام دانشگاه محل تحصیل مقطع دکترای دندانپزشکی عمومی:

۱۸- نوع سهمیه پذیرفته شده:

- آزاد مناطق محروم سهمیه جانبازان (۷۰٪ به بالا) و آزادگان رزمندگان، خانواده شهداء، ایثارگران انتقالی خارج از کشور (۲/۵) درصد اتباع غیرایرانی
 ۱۹- تاریخ ورود به دوره دکترای عمومی: روز / ماه / سال
 ۲۰- تاریخ فراغت از تحصیل دوره دکترای عمومی: روز / ماه / سال
 ۲۱- میزان بدهی:
 ۲۲- وضعیت انجام طرح نیروی انسانی: معاف پایان طرح انجام نداده ام

ج) اطلاعات تحصیلی مقطع دکترای تخصصی دندانپزشکی:

۲۳- نام دانشگاه محل تحصیل مقطع تخصصی دندانپزشکی :

۲۴- نوع پذیرش در دوره تخصصی :

- آزاد رزمندگان، خانواده شهداء، ایثارگران مناطق محروم انتقالی خارج از کشور (۲/۵) درصد سهمیه جانبازان (۷۰٪ به بالا) و آزادگان
 ۲۵- سال ورود به دوره تخصصی: روز / ماه / سال
 ۲۶- سال قبولی در آزمون دانشنامه تخصصی کتبی: شفاهی:
 ۲۷- فارغ التحصیل تخصصی از دانشگاه:
 ۲۸- میزان بدهی:
 ۲۹- وضعیت انجام تعهدات ضریب K تخصصی: معاف پایان تعهدات ضریب K تخصصی انجام نداده ام

آدرس محل سکونت دائمی:

تلفن همراه:

تلفن تماس ثابت:

کد پستی:

محل امضا و مهر کارشناس آموزش تخصصی و فوق تخصصی

مطلوب فوق مورد تایید است. محل امضا دستیار

تاریخ: