





## فرم شماره ۱ (صفحه ۳)

### ز) وضعیت نظام وظیفه (در مورد آقایان)

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> کارت پایان خدمت                 | <input type="checkbox"/> کارت معافیت پزشکی | <input type="checkbox"/> کارت کفالت دائم               | <input type="checkbox"/> کارت کفالت موقت |
| <input type="checkbox"/> کادر نیروهای نظامی و انتظامی    | <input type="checkbox"/> اتباع خارجی       | <input type="checkbox"/> مشمول تبصره ۲ بند ۳ آیین نامه | <input type="checkbox"/>                 |
| <input type="checkbox"/> مشمول تبصره ۳ بند ۴/۳ آیین نامه | <input type="checkbox"/> انجام نداده‌ام    | <input type="checkbox"/> سایر موارد                    | <input type="checkbox"/>                 |

### مخصوص دستیاران خارجی:

شماره گذرنامه:	ملیت:
نوع پذیرش:	نوع بورسیه:

نکته ۱: پذیرفته شده گرامی 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.

نکته ۲: اطلاع از مقررات دستیاری تخصصی و تقویم دانشگاه از وظایف اصلی دستیاران است و عدم اطلاع، از دستیار سلب مسئولیت نمی کند.

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 هیچگونه اعتراضی نخواهم داشت.

محل امضاء دستیار :

مطالب فوق مورد تأیید است. محل مهر و تأیید کارشناس ثبت نام در آموزش تخصصی و فوق تخصصی معاونت آموزشی دانشگاه

مطالب فوق مورد تأیید است. محل مهر و تأیید مسئول آموزش دستیاری در دانشکده پزشکی