



صفحه ۱ (فرم شماره ۱)

معاونت آموزشی

اطلاعات عمومی دستیاران فوق تخصصی / فلوشیپ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

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

شماره دستیاری :
پست الکترونیکی :

کد ملی :
شماره نظام پزشکی :

الف) اطلاعات فردی:

- | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| ۱- نام (به فارسی): | | | | | | | | | | | | |
| ۲- نام خانوادگی (به فارسی): | | | | | | | | | | | | |
| ۳- نام پدر: | | | | | | | | | | | | |
| ۴- تاریخ تولد: | روز | ماه | سال | | | | | | | | | |
| ۵- محل تولد: | | | | | | | | | | | | |
| ۶- شماره شناسنامه: | | | | | | | | | | | | |
| ۷- محل صدور: | | | | | | | | | | | | |
| ۸- جنس: | مرد | <input type="checkbox"/> | زن | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| ۹- دین: | | | | | | | | | | | | |
| ۱۰- ملیت: | | | | | | | | | | | | |
| ۱۱- مذهب: | | | | | | | | | | | | |
| ۱۲- تأهل: | متأهل | <input type="checkbox"/> | مجرد | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| ۱۳- تعداد فرزندان: | | | | | | | | | | | | |
| ۱۴- وضعیت اشتغال: | هیأت علمی | <input type="checkbox"/> | کارمند وزارتخاره، سازمان و یا نهاد | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| ۱۵- نوع استخدام هیأت علمی: | قراردادی | <input type="checkbox"/> | رسمی آزمایشی | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| ۱۶- وضعیت نظام وظیفه: | بیمانی | <input type="checkbox"/> | معافیت کفالت دائم | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| ۱۷- کارت پایان خدمت | <input type="checkbox"/> | معافیت پزشکی | <input type="checkbox"/> | معافیت دائم | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |

ب) اطلاعات تحصیلی مقطع دکتری عمومی:

- | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|------|-----|--|--|--|--|--|--|--|
| ۱۷- نام دانشگاه محل تحصیل مقطع دکترا پزشکی عمومی: | | | | | | | | | | |
| ۱۸- نوع سهمیه پذیرفته شده: | | | | | | | | | | |
| ۱۹- آزاد <input type="checkbox"/> مناطق محروم <input type="checkbox"/> سهمیه جانبازان (۷۰٪ به بالا) و آزادگان <input type="checkbox"/> رزمندگان، خانواده شهداء، ایثارگران <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| ۲۰- انتقالی خارج از کشور (۲/۵) درصد <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| ۲۱- میزان بدهی : | | | | | | | | | | |
| ۲۲- وضعیت انجام طرح نیروی انسانی: | <input type="checkbox"/> | معاف | | | | | | | | |
| ۲۳- تاریخ ورود به دوره دکتری عمومی: | روز | ماه | سال | | | | | | | |
| ۲۴- انجام ندادهای <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| ۲۵- ازad <input type="checkbox"/> رتبه اول <input type="checkbox"/> رزمندگان، خانواده شهداء، ایثارگران <input type="checkbox"/> مناطق محروم <input type="checkbox"/> اتباع بیگانه <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| ۲۶- انتقالی خارج از کشور (۲/۵) درصد <input type="checkbox"/> سهمیه جانبازان (۷۰٪ به بالا) و آزادگان <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| ۲۷- سال قبولی در آزمون دانشنامه تخصصی کتبی : | | | | | | | | | | |
| ۲۸- شفاهی : | | | | | | | | | | |
| ۲۹- سال ورود به دوره دکتری تخصصی : | روز | ماه | سال | | | | | | | |
| ۳۰- شفاهی : | | | | | | | | | | |

ج) اطلاعات تحصیلی مقطع دکتری تخصصی پزشکی:

- | | | | | | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|--|--|--|--|--|--|--|
| ۳۱- نام دانشگاه محل تحصیل مقطع دکتری تخصصی پزشکی : | | | | | | | | | | |
| ۳۲- نوع پذیرش در دوره دکتری تخصصی : | | | | | | | | | | |
| ۳۳- آزاد <input type="checkbox"/> رتبه اول <input type="checkbox"/> رزمندگان، خانواده شهداء، ایثارگران <input type="checkbox"/> مناطق محروم <input type="checkbox"/> اتباع بیگانه <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| ۳۴- انتقالی خارج از کشور (۲/۵) درصد <input type="checkbox"/> سهمیه جانبازان (۷۰٪ به بالا) و آزادگان <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| ۳۵- سال ورود به دوره دکتری تخصصی : | روز | ماه | سال | | | | | | | |
| ۳۶- شفاهی : | | | | | | | | | | |
| ۳۷- سال قبولی در آزمون دانشنامه تخصصی کتبی : | | | | | | | | | | |
| ۳۸- فارغ تحصیل دکتری تخصصی از دانشگاه : | | | | | | | | | | |
| ۳۹- میزان بدهی : | | | | | | | | | | |

د) اطلاعات تحصیلی مقطع فوق تخصصی / فلوشیپ:

- | | | | | | | | | | | | |
|---|------|--------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| ۴۰- عنوان رشته پذیرفته شده: | | | | | | | | | | | |
| ۴۱- نوع سهمیه پذیرفته شده: | آزاد | <input type="checkbox"/> | آزادگان <input type="checkbox"/> | بومی <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| ۴۲- آیا از سال ۶۸ به بعد از سهمیه رزمندگان استفاده نموده اید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| ۴۳- نوع تعهد: | عام | <input type="checkbox"/> | خاص | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| ۴۴- نام سازمان یا مؤسسه مورد تعهد: | | | | | | | | | | | |
| ۴۵- آیا شهریه پرداز هستید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |

صفحه ۲ (فرم ۱)

۵) مشخصات شخصی

نسبت	نام و نام خانوادگی	میزان تحصیلات	شغل	محل کار	نشانی کامل	شماره تماس
پدر						
مادر						
خواهر						
برادر						
همسر						
فرزندان						

آدرس محل سکونت فعلی :

تلفن همراه :

تلفن تماس ثابت :

کد پستی :

آدرس محل سکونت قبلی :

تلفن همراه :

تلفن تماس ثابت :

کد پستی :

و) وضعیت اشتغال

آیا شاغل هستید؟ خیر در صورتی که شاغل و در استخدام رسمی، پیمانی یا قراردادی هستید ارائه حکم کارگرینی از محل خدمت و حکم ماموریت آموزشی یا مرخصی بدون حقوق الزامي است. همچنین نسبت به تکمیل موارد زیر اقدام نمایید.

وضعیت استخدام	نام محل کار	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	نوع استخدام
هیأت علمی				
کارمند وزارت خانه، سازمان و یا نهاد				
پرسنل رسمی یکی از نیروهای نظامی				
سایر موارد				

آیا متقاضی استفاده از ماموریت آموزشی می باشد؟

آیا متقاضی استفاده از ماموریت آموزشی می باشد؟

آدرس محل کار:

شماره تلفن محل کار:

ز) وضعیت نظام وظیفه (در مورد آقایان)

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

مخصوص دستیاران خارجی:

ملیت:	شماره گذرنامه:
نوع بورسیه:	نوع پذیرش:

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 فوق تخصصی/فلوشیپ و تقویم دانشگاه از وظایف اصلی دستیاران است و عدم اطلاع، از دستیار سلب مسئولیت نمی کند.

اینجانب این فرم را در تاریخ **پذیرفته شده رشته فوق تخصصی / فلوشیپ** 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 :

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

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