



عکس
۳ × ۴

فرم مشخصات پذیرفته شدگان در آزمون دستیاری گروه پزشکی
۱۴۰۴ - ۱۴۰۳

تاریخ آزمون فعلی: / / ۱ رشته پذیرفته شده:

دانشگاه محل تحصیل دوره عمومی: سال ورود دوره عمومی: / / ۱۳ سال فارغ التحصیلی: / / ۱۳

دانشگاه محل تحصیل دوره تخصص: سال ورود دوره تخصص: / / ۱۳ سال فارغ التحصیلی: / / ۱۳

نام خانوادگی:
نام:

شماره شناسنامه: کد ملی: نام پدر: تاریخ تولد: / / ۱۳

محل تولد: دین: مذهب: تابعیت: نام و نام خانوادگی قبلی:

وضعیت خدمت و وظیفه: معافیت تحصیلی معافیت دائم خدمت کرده وضعیت تاهل: متاهل مجرد متاهل

نام و نام خانوادگی همسر: میزان تحصیلات همسر: شغل و محل کار همسر:

شغل پدر: شغل مادر: آدرس والدین:

در صورتی که پرسنل رسمی یکی از نیروهای انتظامی هستید نام نیرو و تاریخ شروع بکار را ذکر نمایید:

سهمیه استفاده شده: آزاد مربیان و کارکنان وزارت بهداشت و درمان رزمندگان و ایثارگران استعداد درخشان

نام دانشگاههای محل تحصیل در صورت گذراندن دوره به صورت میهمان یا انتقال

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	میهمان یا انتقال
۱				
۲				
۳				

وضعیت اشتغال (مشاغل رسمی و غیر رسمی) در صورت استخدام رسمی، پیمانی یا قراردادی حکم کارگزینی الزامی است.

نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	آدرس دقیق و تلفن
فعالیت شغلی				
طرح				

محل خدمت	داوطلب	موظف	تاریخ خاتمه	تاریخ شروع	ردیف

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی :
 وابستگی درجه یک به خانواده شهید □ مفقود الاثر □ اسیر □ نام و نام خانوادگی ایشان : نسبت فامیلی شما با وی :
 چنانچه مجروح یا جانباز می‌باشید: مجروح □ جانباز □ نوع آسیب دیدگی: زمان و محل وقوع:
 آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می‌باشید: بله □ خیر □
 مشخصات اساتید مورد اطمینانی که شما را در زمان تحصیل کاملاً می‌شناسند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند

(تکمیل این قسمت الزامی است)

ردیف	نام و نام خانوادگی	گروه آموزشی	مدت آشنائی	آدرس و تلفن
۱				
۲				
۳				

مشخصات دوستان محل تحصیلتان در دوره پزشکی عمومی که شما را به طور کامل می‌شناسند

(تکمیل این قسمت الزامی است)

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنائی	آدرس و تلفن
۱				
۲				

آدرسهای سکونت به طور دقیق نوشته شود

تلفن	تاریخ شروع و خاتمه	آدرس پستی	شهر	استان	در حال حاضر
					قبلی

سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاهها و یا هرگونه توییح کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم

شماره همراه : تلفن ثابت : شماره همراه دیگر جهت تماس ضروری :
 اینجانب پذیرفته شده در آزمون دوره دستیاری تخصص این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و
 مسئولیت صحت مندرجات را به عهده گرفته و در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق هیچگونه اعتراضی در ادامه مراحل ثبت نام
 نخواهم داشت.

امضاء

تاریخ تکمیل :