



فرم شماره ۴

معاونت آموزشی

فرم اطلاعات دستیاران رشته های تخصصی جهت درج در سامانه هم آوا

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 دستگیری: پست الکترونیکی:

کد ملی: شماره نظام پزشکی:

۱- نام

۲- نام خانوادگی

۳- نام پدر: ۴- تاریخ تولد: روز / ماه / سال ۵- محل تولد: ۶- شماره شناسنامه: ۱۰- ملیت:

۷- محل صدور: ۸- جنسیت: مرد ☐ زن ☐ ۹- دین: ۱۱- مذهب:

۱۲- وضعیت تأهل: متأهل ☐ مجرد ☐ ۱۳- تعداد فرزندان: ۱۴- وضعیت اشتغال: هیأت علمی ☐ کارمند وزارتخانه، سازمان و یا نهاد ☐ محل مربوطه

۱۵- نوع استخدام هیأت علمی: قراردادی ☐ پیمانی ☐ رسمی آزمایشی ☐ رسمی قطعی ☐

۱۶- وضعیت نظام وظیفه: کارت پایان خدمت ☐ معافیت پزشکی ☐ معافیت کفالت دائم ☐ معافیت دائم ☐ معافیت تحصیلی ☐

ب) اطلاعات تحصیلی مقطع دکترای عمومی:

۱۷- نام دانشگاه محل تحصیل مقطع دکترای پزشکی عمومی:

۱۸- نوع سهمیه پذیرفته شده:

آزاد ☐ مناطق محروم ☐ سهمیه جانبازان (۷۰٪ به بالا) و آزادگان ☐ رزمندگان، خانواده شهدا، ایثارگران ☐

اتباع غیرایرانی ☐ انتقالی خارج از کشور (۲/۵) درصد ☐

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 ندادهام ☐

ج) اطلاعات تحصیلی مقطع دکترای تخصصی پزشکی:

۲۳- نام دانشگاه محل تحصیل مقطع تخصصی پزشکی:

۲۴- نوع پذیرش در دوره تخصصی:

آزاد ☐ رزمندگان، خانواده شهدا، ایثارگران ☐ مناطق محروم ☐ اتباع غیرایرانی ☐ انتقالی خارج از کشور (۲/۵) درصد ☐

سهمیه جانبازان (۷۰٪ به بالا) و آزادگان ☐

۲۵- سال ورود به دوره تخصصی: روز / ماه / سال ۲۴- سال فراغت از دوره تخصصی: روز / ماه / سال

۲۶- سال قبولی در آزمون دانشنامه تخصصی کتبی: شفاهی: ۲۸- میزان بدهی:

۲۷- فارغ التحصیل تخصصی از دانشگاه: ۲۹- وضعیت انجام تعهدات ضریب K تخصصی: معاف ☐ پایان تعهدات ضریب K تخصصی ☐ انجام ندادهام ☐

آدرس محل سکونت دائمی:

تلفن همراه:

تلفن تماس ثابت:

کدپستی:

محل امضا و مهر کارشناس آموزش تخصصی و فوق تخصصی

مطالب فوق مورد تایید است. محل امضا دستیار

تاریخ: