فرم شماره ۱ (صفحه ۱)

معاونت آموزشی

اطلاعات عمومی دستیاران تخصصی

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 :

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: 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 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 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 دندانپزشکی:

۲۳- نام دانشگاه محل تحصیل مقطع تخصصی دندانپزشکی :

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 : .....

۲۷- فارغ التحصیل تخصصی از دانشگاه : ..... ۲۸- میزان بدهی:.....

۲۹- وضعیت انجام تعهدات ضریبK تخصصی : معاف ☐ پایان تعهدات ضریب K تخصصی ☐ انجام نداده‌ام ☐

فرم شماره ۱ (صفحه ۲)

ه) 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 :

کد پستی : تلفن ثابت : تلفن همراه :

آدرس محل سکونت قبلی :

کد پستی : تلفن ثابت : تلفن همراه :

و) وضعیت اشتغال

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

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

آیا متقاضی استفاده از مأموریت آموزشی می‌باشید؟ آیا متقاضی استفاده از مرخصی بدون حقوق می‌باشید؟

آدرس محل کار:

شماره تلفن محل کار:

فرم شماره ۱ (صفحه ۳)

ز) وضعیت نظام وظیفه(در مورد آقایان)

کارت پایان خدمت ☐ کارت معافیت پزشکی ☐ کارت کفالت دائم ☐ کارت کفالت موقت ☐

کادر نیروهای نظامی و انتظامی ☐ اتباع خارجی ☐ مشمول تبصره ۲ بند ۳ آیین نامه ☐

مشمول تبصره ۳ بند ۴/۳ آیین نامه ☐ انجام نداده‌ام ☐ سایر موارد ☐

مخصوص دستیاران خارجی:

شماره گذرنامه:	ملیت:
نوع پذیرش:	نوع بورسیه:

نکته۱: 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 تائید است. محل مهر و تایید کارشناس ثبت نام در آموزش تخصصی و فوق تخصصی معاونت آموزشی دانشگاه

مطالب فوق مورد تائید است. محل مهر و تائید مسئول آموزش دستیاری در دانشکده دندانپزشکی