



اطلاعات عمومی دستیاران مقطع تخصصی دندانپزشکی 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 می گردد در تکمیل صحیح آن دقت فرمائید.

شماره دستگیری: 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: جنس: مرد زن ۸- دین: ۹- ملیت:

۱۰- مذهب: ۱۱- تأهل: متاهل مجرد ۱۲- تعداد فرزندان:

۱۳- وضعیت اشتغال: هیأت علمی کارمند وزارتخانه، سازمان و یا نهاد محل مربوطه

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

ب) اطلاعات تحصیلی مقطع دکتری دندانپزشکی عمومی:

۱۶- نام دانشگاه محل تحصیل مقطع دکتری دندانپزشکی عمومی:

۱۷- نوع سهمیه پذیرفته شده: آزاد مناطق محروم سهمیه جانبازان (۷۰٪ به بالا) و آزادگان رزمندگان، خانواده شهدا، ایثارگران سهمیه مازاد استعداد درخشان سهمیه مازاد نیروهای مسلح (۲/۵) درصد

۱۸- تاریخ ورود به دوره دکتری دندانپزشکی عمومی: روز / ماه / سال ۱۹- تاریخ فراغت از تحصیل دوره دکتری دندانپزشکی عمومی: روز / ماه / سال

۲۰- میزان بدهی صندوق رفاه دانشجویان:

۲۱- وضعیت انجام طرح نیروی انسانی: معاف پایان طرح انجام ندادهام

ج) 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

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 تماس ثابت : تلفن همراه :

آدرس محل سکونت قبلی :

کد پستی : تلفن تماس ثابت : تلفن همراه :

شماره تلفن همراه یکی از بستگان و آشنایان که در صورت نیاز بتوان با ایشان تماس گرفت:

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 مأموریت 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 مرخصی بدون حقوق می‌باشید؟

آیا متقاضی استفاده از مأموریت آموزشی می‌باشید؟

آدرس محل کار:

شماره تلفن محل کار:

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 دستیار 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 دستیار در دانشکده دندانپزشکی