**فرم شماره 3** 

**فرم اطلاعات دستياران فوق تخصص / فلوشیپ معاونت آموزشی**

**جهت درج در سامانه هم آوا**

دستيار گرامي: با توجه به اينكه اطلاعات اين فرم به عنوان اطلاعات عمومي شما در كامپيوتر ثبت مي­گردد در تكميل صحيح آن دقت فرمائيد.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

شماره دستياري : پست الکترونیکی:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | شماره نظام پزشکی : |

كد ملي :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1- نام ...................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2- نام خانوادگي ......................................................

3- نام پدر: 4- تاريخ تولد:‌ روز / ماه / سال 5- محل تولد: 6- شماره شناسنامه :

7- محل صدور : 8- جنسیت: مرد  زن  9-دين: 10- مليت:

11- مذهب 12- وضعیت تأهل: متأهل  مجرد  13- تعداد فرزندان :

14- وضعيت اشتغال: هیأت علمی  کارمند وزارتخانه، سازمان و یا نهاد  محل مربوطه

15- نوع استخدام هیأت علمی : قراردادی  پیمانی  رسمی آزمایشی  رسمی قطعی

16- وضعيت نظام وظيفه : كارت پايان خدمت  معافيت پزشكي  معافيت كفالت دائم  معافيت دائم  معافیت تحصیلی

ب) اطلاعات تحصیلی مقطع دکترای عمومی :

17- نام دانشگاه محل تحصیل مقطع دکترای پزشکی عمومی:

18- نوع سهمیه پذیرفته شده:

آزاد  مناطق محروم  سهمیه جانبازان (70 % به بالا) و آزادگان  رزمندگان، خانواده شهدا، ایثارگران

اتباع غیرایرانی  انتقالی خارج از کشور (5/2) درصد

19- تاریخ ورود به دوره دكتراي عمومی : روز / ماه / سال 20- تاریخ فراغت از تحصیل دوره دکترای عمومی: روز / ماه / سال

21- میزان بدهی : ............................................. 22- وضعیت انجام طرح نیروی انسانی: معاف پایان طرح انجام نداده­ام

ج)اطلاعات تحصیلی مقطع تخصصی پزشکی:

23- نام دانشگاه محل تحصیل مقطع تخصصی پزشکی :

24- نوع پذيرش در دوره تخصصی :

آزاد  رزمندگان، خانواده شهدا، ایثارگران  مناطق محروم  اتباع غیرایرانی  انتقالی خارج از کشور (5/2) درصد  سهمیه جانبازان (70 % به بالا) و آزادگان

25- سال ورود به دوره تخصصی : روز / ماه / سال 24- سال فراغت از دوره تخصصی : روز / ماه / سال

26- سال قبولی در آزمون دانشنامه تخصصی کتبی : ................................................ شفاهی : .............................................

27- فارغ التحصيل دكتري تخصصی از دانشگاه : ............................................. 28- میزان بدهی:............................................

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

د) اطلاعات تحصیلی مقطع فوق تخصصی / فلوشیپ :

30- عنوان رشته پذیرفته شده: 28- رشته تخصصی پیش­نیاز :

31- نوع سهیمه پذیرفته شده: آزاد ایثارگران و رزمندگان **بومی مناطق محروم**

32**-** آیا از سال 68 به بعد از سهمیه رزمندگان استفاده نموده­اید؟ بلی خیر

33- نوع تعهد: عام خاص نام سازمان یا مؤسسه مورد تعهد:

34- آیا شهریه­پرداز هستید؟ بلی خیر

آدرس محل سکونت دائمی:

کدپستی: تلفن ثابت: تلفن همراه:

مطالب فوق مورد تایید است. محل امضا دستیار محل امضا و مهرکارشناس آموزش تخصصی و فوق تخصصی

تاریخ: