



فرم اطلاعات دستیاران فوق تخصصی / فلوشیپ

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 دستبازی:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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:

متاهل ☐

مجرد ☐

۱۳- تعداد فرزندان:

محل مربوطه

۱۴- وضعیت اشتغال:

هیأت علمی ☐

کارمند وزارتخانه، سازمان و یا نهاد ☐

رسمی آزمایشی ☐

رسمی قطعی ☐

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 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:

۲۷- فارغ التحصیل دکتری تخصصی از دانشگاه: میزان بدهی:

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

د) اطلاعات تحصیلی مقطع فوق تخصصی / فلوشیپ:

۳۰- عنوان رشته پذیرفته شده:

۲۸- رشته تخصصی پیش نیاز:

۳۱- نوع سهمیه پذیرفته شده: آزاد ☐ ایثارگران و رزمندگان ☐ بومی ☐ مناطق محروم ☐

۳۲- آیا از سال ۶۸ به بعد از سهمیه رزمندگان استفاده نموده اید؟ بلی ☐ خیر ☐

۳۳- نوع تعهد: عام ☐ خاص ☐ نام سازمان یا مؤسسه مورد تعهد:

عام ☐

خاص ☐

۳۴- آیا شهریه پرداز هستید؟ بلی ☐ خیر ☐

بلی ☐

خیر ☐

آدرس محل سکونت دائمی:

کدپستی:

تلفن ثابت:

تلفن همراه:

محل امضا و مهر کارشناس آموزش تخصصی و فوق تخصصی

مطالب فوق مورد تایید است. محل امضا دستیار

تاریخ: