

فرم شماره ۵ (صفحه ۱)



بسه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
هیات مرکز گزینش دانشجو

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید

عکس
۳×۴

فرم مشخصات پذیرفته شدگان در آزمون دستیاری گروه پزشکی ۱۴۰۲ - ۱۴۰۱

تاریخ آزمون فعلی : / / ۱ رشته پذیرفته شده :

دانشگاه محل تحصیل دوره عمومی : سال ورود دوره عمومی : / / ۱۳ سال فارغ التحصیلی : / /

دانشگاه محل تحصیل دوره تخصص : سال ورود دوره تخصص : / / ۱۳ سال فارغ التحصیلی : / /

نام خانوادگی :
نام :

شماره شناسنامه : کدملی : نام پدر : تاریخ تولد : / /

محل تولد : دین : مذهب : تابعیت : نام و نام خانوادگی قبلی :

وضعیت خدمت وظیفه : معافیت تحصیلی معافیت دائم خدمت کرده مجرد متاهل

نام و نام خانوادگی همسر : میزان تحصیلات همسر : شغل و محل کار همسر :

شغل پدر : شغل مادر : آدرس والدین :

در صورتی که پرسنل رسمی یکی از نیروهای انتظامی هستند نام نیرو و تاریخ شروع بکار را ذکر نمائید :

سهمیه استفاده شده : آزاد مریبان و کارکنان وزارت بهداشت و درمان رزمندگان و ایثارگران استعداد درخشان

نام دانشگاههای محل تحصیل در صورت گذراندن دوره به صورت میهمان یا انتقال

| ردیف | نام دانشگاه | تاریخ شروع | تاریخ پایان | میهمان یا انتقال |
|------|-------------|------------|-------------|------------------|
| ۱ | | | | |
| ۲ | | | | |
| ۳ | | | | |

وضعیت اشتغال (مشاگل رسمی و غیر رسمی) در صورت استخدام رسمی، پیمانی یا قراردادی حکم کار گزینی الزامی است.

| نام محل کار | مسئولیت | تاریخ شروع و خاتمه | نوع استخدام | آدرس دقیق و تلفن |
|-------------|-------------|--------------------|-------------|------------------|
| | فعالیت شغلی | | | |
| | طرح | | | |

فرم شماره ۵ (صفحه ۲)

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه :

| ردیف | تاریخ شروع | تاریخ خاتمه | موظف | داوطلب | محل خدمت |
|------|------------|-------------|------|--------|----------|
| | | | | | |
| | | | | | |

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی :
وابستگی درجه یک به خانواده شهید مفقود الاثر اسیر نام و نام خانوادگی ایشان : نسبت فامیلی شما با وی :
چنانچه مجروح یا جانباز می باشید: مجروح جانباز نوع آسیب دیدگی زمان و محل وقوع:
آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید: بله خیر
مشخصات اساتید مورد اطمینانی که شما را در زمان تحصیل کاملاً می شناسند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند

(تمکیل این قسمت الزامی است)

| ردیف | نام و نام خانوادگی | گروه آموزشی | مدت آشنائی | آدرس و تلفن |
|------|--------------------|-------------|------------|-------------|
| ۱ | | | | |
| ۲ | | | | |
| ۳ | | | | |

مشخصات دوستان محل تحصیلتان در دوره پزشکی عمومی که شماره ۱ به طور کامل می شناسند

(تمکیل این قسمت الزامی است)

| ردیف | نام و نام خانوادگی | شغل | مدت آشنائی | آدرس و تلفن |
|------|--------------------|-----|------------|-------------|
| ۱ | | | | |
| ۲ | | | | |

آدرس‌های سکونت به طور دقیق نوشته شود

| استان | شهر | آدرس پستی | تاریخ شروع و خاتمه | تلفن |
|-------|-----|-----------|--------------------|-------------|
| | | | | در حال حاضر |
| | | | | قبلی |

سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاهها و یا هرگونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی

| ردیف | نوع سابقه | تاریخ وقوع | آدرس پستی | تاریخ شروع و خاتمه | تلفن |
|------|-----------|------------|-----------|--------------------|------|
| | | | | | |
| | | | | | |

شماره همراه : تلفن ثابت : شماره همراه دیگر جهت تماس ضروری :
اینجانب پذیرفته شده در آزمون دوره دستیاری تخصص این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده
و مسئولیت صحبت مندرجات را به عهده گرفته و در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق هیچگونه اعتراضی در ادامه مراحل ثبت نام
نخواهم داشت.

امضاء

تاریخ تکمیل :