



لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید

## بسه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
هیات مرکز گزینش دانشجو

عکس  
۳×۴

### فرم مشخصات پذیرفته شدگان در آزمون دستیاری گروه پزشکی

۱۴۰۱ - ۱۴۰۰

تاریخ آزمون فعلی : / / ۱ رشته پذیرفته شده :

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

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

نام خانوادگی : .....  
 نام : .....

شماره شناسنامه : ..... کدملی : ..... نام پدر : ..... تاریخ تولد : / / ۱۳  
 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 هستید نام نیرو و تاریخ شروع بکار را ذکر نمایید : .....  
 سهمیه استفاده شده : آزاد  مریبیان 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 استغالت (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              |

صفحه ۲ (فرم ۱-۴)

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 میباشد:  مجروح  جانباز ..... نوع آسیب دیدگی ..... زمان و محل وقوع: .....  
آیا عضو نیروی مقاومت بسیج میباشد:  بله  خیر .....  
مشخصات اساتید مورد اطمینانی که شما را در زمان تحصیل کاملاً میشناسند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند

(تمکیل این قسمت الزامی است)

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

مشخصات دوستان محل تحصیلتان در دوره پزشکی عمومی که شمار ا به طور کامل می شناسند

(تمکیل این قسمت الزامی است)

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

آدرس‌های سکونت به طور دقیق نوشته شود

| استان | شهر | تلفن | 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 | محل صدور حکم |
|------|-----------|------------|-----------|--------------------|--------------|
|      |           |            |           |                    |              |
|      |           |            |           |                    |              |

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 صحت مندرجات را به عهده گرفته و در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق هیچگونه اعتراضی در ادامه مراحل ثبت نام  
نخواهم داشت.

امضاء

تاریخ تکمیل :