

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 : کدمی : 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 استغال (مشاغل 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 آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید: بله

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	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	تلفن	محل صدور حکم

شماره همراه : شماره همراه دیگر جهت تماس ضروری :
 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 :