

عکس
۳ × ۴

فرم مشخصات پذیرفته شدگان در آزمون دستیاری گروه پزشکی

14.5-14.6

تاریخ آزمون فعلی: / / ۱ رشته پذیرفته شده:

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

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

نام خانوادگی :

نام :

شماره شناسنامه: کد ملی: نام پدر: تاریخ تولد: / / ۱۳

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

وضعیت خدمت وظیفه: معافیت تحصیلی □ معافیت دائم □ خدمت کرده □ وضعیت تاهل: 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 □ مربیان 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 (مشاغل رسمی و غیر رسمی) در صورت استخدام رسمی، پیمانی یا قراردادی حکم کارگزینی الزامی است.

نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	آدرس دقیق و تلفن

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	موظف	داوطلب	محل خدمت

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

(تکمیل 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 شما را به طور کامل می‌شناسند

(تکمیل این قسمت الزامی است)

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

آدرسهای سکونت به طور دقیق نوشته شود

تلفن	تاریخ شروع و خاتمه	آدرس پستی	شهر	استان	
					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	نوع حکم	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 :