فرم شماره ۳

معاونت آموزشی

فرم اطلاعات دستیاران فوق تخصص / فلوشیپ

جهت درج در سامانه سما

دستیار گرامی: با توجه به اینکه اطلاعات این فرم به عنوان اطلاعات عمومی شما در کامپیوتر ثبت می‌گردد در تکمیل صحیح آن دقت فرمائید.

شماره دستیاری : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ پست الکترونیکی: ☐

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: متأهل ☐ مجرد ☐ ۱۳- تعداد فرزندان :

۱۴- وضعیت اشتغال: هیأت علمی ☐ کارمند وزارتخانه، سازمان و یا نهاد ☐ محل مربوطه

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 : ..... ۲۸- میزان بدهی:.....

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

د) اطلاعات تحصیلی مقطع فوق تخصصی / فلوشیپ :

۳۰- عنوان رشته پذیرفته شده: ۲۸- رشته تخصصی پیش‌نیاز :

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

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

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

۳۴- آیا شهریه‌پرداز هستید؟ بلی☐ خیر☐

آدرس محل سکونت دائمی:

کدپستی: تلفن ثابت: تلفن همراه:

مطالب فوق مورد تایید است. محل امضا دستیار محل امضا و مهرکارشناس آموزش تخصصی و فوق تخصصی

تاریخ: