بسمه تعالي

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان

معاونت آموزشی

# فرم اطلاعات عمومي دانشجويان تحصيلات تكميلي
## ( دانشجويان كارشناسی ارشد پرديس خودگردان)

جاي عكس

**تاريخ تنظيم :** .....

**شماره دانشجويي:** .....

**نـــــــــــام خـــــــــــــانوادگي :**

.....

**نام :** .....

**نام پدر:** .....

**شـــــماره شناســـــنامه:** ..... **محـــــل صـــــدور شناســـــنامه :** .....

**محل تولد:** .....**تاريخ تولد** / / ۱۳ **كد ملي:** .....

**جنسيت: زن** ☐ **مرد** ☐

**دين:** **مذهب:** **مليت:** **وضعيت تأهل: متأهل** ☐ **مجرد** ☐

**وضعيت نظام وظيفه:** **معافيت تحصيلي**☐ **پايان خدمت** ☐ **معافيت دائم** ☐ **معافيت موقت** ☐ **ويا :** .....

**تاريخ شروع به تحصيل :سال تحصيلي** ۱۴- ۱۴

**نيمسال اول** ☐ **نيمسال دوم** ☐

| | | | |
|---|---|---|---|
| **مربوط به دارندگان مدرک مقطع کارشناسی** | کارشناسی پیوسته ☐<br>کارشناسی ناپیوسته☐ | **آخرين مقطع قبلی** | **كارشناسي ارشد** ☐<br>**دكتراي عمومي** ☐ |
| | **رشته:**.....<br>**دانشگاه:**.....<br>**تاريخ فارغ التحصيلي:** / / ۱ | | **رشته:**.....<br>**دانشگاه:**.....<br>**تاريخ فارغ التحصيلي:** / / ۱ |

**در صورت دريافت دانشنامه، ريز نمرات يا گواهی موقت مقاطع قبل خود آن را به همراه ديگر مدارک ارائه دهيد.**

**رشته قبولي:** .....

**تاريخ آزمون:** .....

**سهميه ثبت نامي( در آزمون) :** **آزاد** ☐ **كاركنان** ☐ **مربيان** ☐ **استعدادهاي درخشان** ☐ **مناطق محروم** ☐ **خانواده شهدا** ☐

**رزمندگان** ☐ **وضعيت اشتغال: شاغل** ☐ **غيرشاغل** ☐ **در صورت اشتغال : رسمي** ☐ **پيماني** ☐

**مجوز ادامه تحصيل: ماموريت آموزشي**☐ **مرخصي استحقاقي**☐ **مرخصي بدون حقوق** ☐ **استعفا** ☐

**نوع سكونت: بومي** ☐ **غير بومي** ☐

**نشاني دائم و كد پستي :** .....

**ايميل** (E-mail ) **:** .....

**تلفن ثابت:** **تلفن همراه:**

**امضاء دانشجو:** **تاريخ:** **تائيد مسئول آموزش**

**تذكر :اين فرم در سه نسخه تكميل شود ودو نسخه در حوزه معاونت آموزشي ونسخه دوم توسط دانشجو به آموزش دانشكده مربوطه تحويل گردد.**

فرم شماره ۲