

بِسْمِ تَعَالَى

## دانشجوی گرامی

باسلام و عرض تبریک به مناسبت پذیرفته شدن جنابعالی در مقطع تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ، خواهشمند است در تکمیل کردن فرم پیوست نکات ذیل را مورد توجه قرار دهید .

شایان ذکر است به فرم هایی که ناقص یا ناخوانا تکمیل گردد و یا مدارک مورد نیاز ناقص باشد ترتیب اثر داده نخواهد شد.

### ❖ مدارک مورد نیاز که بایستی پیوست شود :

- ۱- سه قطعه عکس جدید پشت نویسی شده
  - ۲- تصویر تمام صفحات شناسنامه
  - ۳- تصویر کارت ملی به صورت پشت و رو
- ❖ در صورت استخدام رسمی بودن ارائه تصویر حکم کارگزینی الزامی می باشد.
- ❖ فرم پیوست بایستی در دو نسخه مشابه و به صورت خوانا و دقیق تکمیل گردد.
- ❖ در تکمیل فرم ها حتماً از خودکار آبی استفاده گردد.
- ❖ عدم تحویل به موقع فرم به منزله انصراف از دوره تلقی می گردد.

پیشاپیش از همکاری شما دانشجوی عزیز کمال تشکر را داریم و امیدواریم در دوران جدید دانشجویی گام هایی موثر در ارتقای تعهد و تخصص خود و کشور بردارید.



بسمه تعالی

## اظهار نامه رعایت ضوابط و راهنمای پوشش حرفه ای

اینجانب

اظهار می دارم، ضمن مطالعه و اطلاع از ضوابط و مقررات تحصیلی در دانشگاه علوم

پزشکی اصفهان و با توجه به راهنمای پوشش حرفه ای دانشگاه به شرح زیر :

« دستیاران و دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ضمن رعایت ضوابط پوشش دانشجویان دانشگاه ها و حفظ شئون اسلامی ، به منظور حصول اهداف ذیل ضوابطی را در پوشش حرفه ای خود در محیط دانشگاه و واحد های وابسته لحاظ کرده و منتهای تلاش خود را رعایت و ترویج آن در جامعه پزشکی به عمل خواهند آورد :

- حفظ شأن و حرمت پزشکی و محیط علمی دانشگاه
- برانگیختن حس احترام ، آرامش و اعتماد در دریافت کنندگان خدمات
- جلوگیری از انتقال عفونت و حفظ ایمنی خود و بیماران

در ارزیابی مناسب بودن انواع دیگری از ظاهر و پوشش که در این راهنما اشاره نشده است ، رعایت اهداف پیش گفت مورد استناد خواهد بود .

### لباس :

- ۱- لباس ها باید ساده ، تمیز و مرتب باشند .
- ۲- لباس باید ضمن رعایت حدود شرعی ، متناسب با اندام و آزاد باشند و نباید جلوی حرکات آزادانه بدن را بگیرند.
- ۳- لباس ها باید به رنگ های متعارف باشند و نباید حاوی تصاویر ، علائم تبلیغاتی نامتعارف و حاوی پیام باشند .
- ۴- رعایت ضابطه بخش در پوشیدن لباس فرم پاکیزه و جلو بسته ضروری است . خارج از محیط هایی که اسکراب جزو ضوابط بخش است ، نباید اسکراب بر تن داشت و یا پوشیدن روپوش سفید روی آن لازم است .
- ۵- در محیط بالینی نصب کارت شناسایی عکس دار در محل قابل رؤیت همگانی روی لباس الزامی است.
- ۶- پوشیدن کفش و جوراب مناسب الزامی است .
- ۷- پوشیدن مقنعه باید ضمن تأمین پوشش شرعی ، به نحوی باشد که مداخله ای در معاینه و اقدامات بالینی ایجاد نکند.
- ۸- در محیط بالینی نباید پوششی روی لباس فرم پوشید که مزاحم کار بالینی شود.

### آرایش و زیور آلات :

- ۱- ظاهر افراد در محیط دانشگاه و محیط بالینی باید ساده ، مرتب و در عین حال بدون آرایش باشد.
- ۲- به استثنای یک حلقه یا انگشتر ساده استفاده از سایر زیور آلات آشکار مجاز نمی باشد .
- ۳- ناخن ها باید کوتاه ، مرتب و تمیز باشند ، داشتن لاک و ناخن مصنوعی ممنوع می باشد .

### بهداشت :

- ۱- بهداشت فردی شامل پاکیزگی موها و بدن الزامی است.
- ۲- استعمال عطر و ادکلن با بوی تند در محیط دانشگاه و محیط بالینی مجاز نیست .

ملزم به اجرای همه موازین شرعی و قانونی به خصوص مفاد راهنمای پوشش حرفه ای می باشم.

نام و نام خانوادگی :

تاریخ:

امضاء



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
هیات مرکز گزینش دانشجو

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید

فرم مشخصات پذیرفته شدگان در آزمون (کارشناسی ارشد)  
سال ۱۴ - ۱۴

رشته انتخابی: .....

دانشگاه محل تحصیل مقطع قبلی: ..... وابسته به وزارت علوم  وزارت بهداشت  دانشگاه آزاد   
پیام نور  غیرانتفاعی  مقطع تحصیلی قبلی ..... رشته تحصیلی مقطع قبلی .....  
سال ورود مقطع قبلی // / ۱۳ سال فارغ التحصیلی: / / ۱

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نام: .....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نام خانوادگی: .....

شماره شناسنامه: ..... کد ملی: ..... نام پدر: ..... تاریخ تولد: / / ۱۳ محل تولد: .....  
دین: ..... مذهب: ..... تابعیت: ..... نام و نام خانوادگی قبلی: ..... وضعیت خدمت وظیفه: .....

شغل پدر: ..... شغل مادر: ..... آدرس والدین: .....

وضعیت تاهل: مجرد  متاهل  نام و نام خانوادگی همسر: ..... میزان تحصیلات همسر: ..... شغل و محل کار همسر: .....

داوطلب استفاده از سهمیه: آزاد  رزمندگان و ایثارگران  پزشکان  مریبان و کارکنان وزارت بهداشت و درمان

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				

وضعیت اشتغال (رسمی یا غیر رسمی)

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

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	موظف	داوطلب	محل خدمت
۱					

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  نام محل فعالیت: .....

➤ آیا عضو تشکل های اسلامی و هیات های مذهبی می باشید:  بله  خیر  نام محل فعالیت:

مشخصات اساتید مورد اطمینانی که شما را در زمان تحصیل کاملاً می شناسند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند

ردیف	نام و نام خانوادگی	گروه آموزشی	مدت آشنائی	آدرس و تلفن
۱				
۲				
۳				

مشخصات دوستان محل تحصیلتان که شمارا به طور کامل می شناسند

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

آدرسهای محل سکونت بطور دقیق نوشته شود

	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه	تلفن
فعلي					
قبلي					

سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاهها و یا هرگونه توبیخ کتبی و شفاهی در کیمته انضباطی

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱				
۲				

شماره تلفن ضروری جهت تماس : ..... تلفن همراه : .....

Email: .....

اینجانب.....از پذیرفته شدگان در آزمون کارشناسی ارشد: روزانه  پردیس خودگردان  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 نتیجه آزمون را نخواهم داد.

تاریخ تکمیل :

امضاء: