

بسمه تعالی

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 و عواقب بعدی اعم از صدور تاییدیه های لازم برای سایر واحدها به عهده شخص دانشجو خواهد بود.

❖ مدارک مورد نیاز که بایستی پیوست فرمهای هیات مرکزی گزینش دانشجو شود :

- ۱- دو قطعه عکس جدید پشت نویسی شده
 - ۲- تصویر کارت ملی به صورت پشت و رو
- ❖ در صورت کارمند بودن ارائه تصویر حکم کارگزینی الزامی می باشد.
- ❖ فرم پیوست بایستی در **دونسخه مشابه** و به صورت خوانا و دقیق تکمیل گردد.
- ❖ در تکمیل فرم ها حتما 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.



برنامه

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
هیات مرکز گزینش دانشجو

لطفأدر این قسمت چیزی ننویسید

فرم مشخصات پذیرفته شدگان در آزمون دکترای تخصصی (PhD)

۱۴۰۱ - ۱

رشته انتخابی :

دانشگاه محل تحصیل مقطع قبلی : وابسته به وزارت علوم تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی دانشگاه آزاد

مقطع تحصیلی قبلی رشته تحصیلی مقطع قبلی سال ورود مقطع قبلی / / ۱۳ سال فارغ التحصیلی : / / ۱

نام :

نام خانوادگی :

شماره شناسنامه : کدملی : 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 مربیان 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 (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

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 می‌باشید: بله خیر نام محل فعالیت:

مشخصات اساتید مورد اطمینانی که شما را در زمان تحصیل کاملاً می‌شناسند 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 در دوره کارشناسی که شمارا به طور کامل می‌شناسند

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
فعلی					
قبلی					

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

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

شماره همراه: تلفن ثابت: شماره همراه دیگر جهت تماس ضروری:

اینجانب پذیرفته شدگان در آزمون PhD 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.

Email:

امضاء

تاریخ تکمیل:



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