



## اطلاعات عمومی دستیاران فوق تخصصی / فلوشیپ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

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

شماره دستگیری:  پست الکترونیکی:

کد ملی:  شماره نظام پزشکی:

### الف) اطلاعات فردی:

۱- نام (به فارسی):

۲- نام خانوادگی (به فارسی):

۳- نام پدر:  ۴- تاریخ تولد:  /  /  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

### ب) اطلاعات تحصیلی مقطع دکتری عمومی:

۱۷- نام دانشگاه محل تحصیل مقطع دکتری پزشکی عمومی:

۱۸- نوع سهمیه پذیرفته شده:  آزاد  مناطق محروم  سهمیه جانبازان (۷۰٪ به بالا) و آزادگان  رزمندگان، خانواده شهدا، ایثارگران  اتباع خارجی  انتقالی خارج از کشور (۲/۵) درصد

۱۹- تاریخ ورود به دوره دکتری عمومی:  /  /  ۲۰- تاریخ فراغت از تحصیل دوره دکتری عمومی:  /  /

۲۱- میزان بدهی:  ۲۲- وضعیت انجام طرح نیروی انسانی:  معاف  پایان طرح  انجام ندادهام

### ج) اطلاعات تحصیلی مقطع دکتری تخصصی پزشکی:

۲۳- نام دانشگاه محل تحصیل مقطع دکتری تخصصی پزشکی:

۲۴- نوع پذیرش در دوره دکتری تخصصی:  آزاد  رتبه اول  رزمندگان، خانواده شهدا، ایثارگران  مناطق محروم  اتباع بیگانه  انتقالی خارج از کشور (۲/۵) درصد  سهمیه جانبازان (۷۰٪ به بالا) و آزادگان

۲۵- سال ورود به دوره دکتری تخصصی:  /  /  ۲۴- سال فراغت از دوره دکتری تخصصی:  /  /

۲۶- سال قبولی در آزمون دانشنامه تخصصی کتبی:  شفاهی:

۲۷- فارغ التحصیل دکتری تخصصی از دانشگاه:

۲۸- میزان بدهی:

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

### د) اطلاعات تحصیلی مقطع فوق تخصصی / فلوشیپ:

۳۰- عنوان رشته پذیرفته شده:  ۲۸- رشته تخصصی پیش نیاز:

۳۱- نوع سهمیه پذیرفته شده:  آزاد  رزمندگان  بومی

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 شهریه پرداز هستید؟  بلی  خیر

ه) مشخصات شخصی

نسبت	نام و نام خانوادگی	میزان تحصیلات	شغل	محل کار	نشانی کامل	شماره تماس
پدر						
مادر						
خواهر						
برادر						
همسر						
فرزندان						

آدرس محل سکونت فعلی :

کد پستی :

تلفن ثابت :

تلفن همراه :

آدرس محل سکونت قبلی :

کد پستی :

تلفن ثابت :

تلفن همراه :

و) وضعیت اشتغال

آیا شاغل هستید؟ بلی  خیر  در صورتی که شاغل و در استخدام رسمی، پیمانی یا قراردادی هستید ارائه حکم کارگزینی از محل خدمت و حکم مأموریت آموزشی یا مرخصی بدون حقوق الزامی است. همچنین نسبت به تکمیل موارد زیر اقدام نمایید.

وضعیت استخدام	نام محل کار	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	نوع استخدام
هیأت علمی				
کارمند وزارتخانه، سازمان و یا نهاد				
پرسنل رسمی یکی از نیروهای نظامی				
سایر موارد				

آیا متقاضی استفاده از مأموریت آموزشی می‌باشید؟

آیا متقاضی استفاده از مرخصی بدون حقوق می‌باشید؟

آدرس محل کار:

شماره تلفن محل کار:

## فرم شماره ۱ (صفحه ۳)

### ز) وضعیت نظام وظیفه (در مورد آقایان)

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> کارت پایان خدمت                 | <input type="checkbox"/> کارت معافیت پزشکی | <input type="checkbox"/> کارت کفالت دائم               | <input type="checkbox"/> کارت کفالت موقت |
| <input type="checkbox"/> کادر نیروهای نظامی و انتظامی    | <input type="checkbox"/> اتباع خارجی       | <input type="checkbox"/> مشمول تبصره ۲ بند ۳ آیین نامه | <input type="checkbox"/> سایر موارد      |
| <input type="checkbox"/> مشمول تبصره ۳ بند ۴/۳ آیین نامه | <input type="checkbox"/> انجام نداده‌ام    |  |  |

### مخصوص دستیاران خارجی:

شماره گذرنامه:	ملیت:
نوع پذیرش:	نوع بورسیه:

نکته ۱: پذیرفته شده گرامی مسئولیت تکمیل دقیق و خوانای این فرم به عهده دستیار بوده و در صورت اثبات خلاف اطلاعات مندرج در فرم، دستیار حق هیچ گونه اعتراضی نخواهد داشت.

نکته ۲: اطلاع از مقررات دستیاری فوق تخصصی/فلوشیپ و تقویم دانشگاه از وظایف اصلی دستیاران است و عدم اطلاع، از دستیار سلب مسئولیت نمی کند.

اینجانب پذیرفته شده رشته فوق تخصصی/فلوشیپ این فرم را در تاریخ .  
صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت این اطلاعات را به عهده گرفته و در صورت هرگونه مغایرت مسئولیت آن را می پذیرم و دانشگاه می تواند برابر مقررات با اینجانب رفتار نماید و حق هیچگونه اعتراضی نخواهم داشت.

محل امضاء دستیار :

مطالب فوق مورد تأیید است. محل مهر و تأیید کارشناس ثبت نام در آموزش تخصصی و فوق تخصصی معاونت آموزشی دانشگاه

مطالب فوق مورد تأیید است. محل مهر و تأیید مسئول آموزش دستیاری در دانشکده پزشکی