بسمه تعالی

جای عکس

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان

فرم اطلاعات عمومی دانشجویان تحصیلات تکمیلی
(دانشجویان کارشناسی ارشد دوره پردیس خودگردان)

معاونت آموزشی

تاریخ تنظیم : ..... شماره دانشجویی: .....

نام خانوادگی : .....

نام : .....

نام پدر: .....

شـــــــماره شناســـــــــنامه: ..... محـــــــل صـــــــدور شناســـــــــنامه : .....

محل تولد: .....تاریخ تولد / / ۱۳ کد ملی: .....

جنسیت: زن ☐ مرد ☐ دین: مذهب: ملیت: وضعیت تأهل: متأهل ☐ مجرد ☐

وضعیت نظام وظیفه: معافیت تحصیلی☐ پایان خدمت ☐ معافیت دائم ☐ معافیت موقت ☐ **ویا :** .....

تاریخ شروع به تحصیل :سال تحصیلی ۱۴- ۱۴ نیمسال اول ☐ نیمسال دوم ☐

مقطع کارشناسی مربوط به دارندگان مدرک	کارشناسی پیوسته ☐ کارشناسی ناپیوسته☐	آخرین مقطع قبلی	کارشناسی ارشد ☐ دکترای عمومی ☐
	رشته:..... دانشگاه:..... تاریخ فارغ التحصیلی: / /		رشته:..... دانشگاه:..... تاریخ فارغ التحصیلی: / /

در صورت دریافت دانشنامه، ریز نمرات یا گواهی موقت مقاطع قبل خود آن را به همراه دیگر مدارک ارائه دهید.

رشته قبولی: ..... تاریخ آزمون: .....

سهمیه ثبت نامی(در آزمون) : آزاد ☐ کارکنان ☐ مربیان ☐ استعدادهای درخشان ☐ مناطق محروم ☐ خانواده شهدا ☐

رزمندگان ☐ **وضعیت اشتغال:** شاغل ☐ غیرشاغل ☐ در صورت اشتغال : رسمی ☐ پیمانی ☐

نوع سکونت: بومی ☐ غیر بومی ☐

نشانی دائم و کد پستی : .....

ایمیل (E-mail) : .....

تلفن ثابت: تلفن همراه:

امضاء دانشجو: تاریخ: تائید مسئول آموزش

تذکر :این فرم در سه نسخه تکمیل شود ودو نسخه در حوزه معاونت آموزشی ونسخه دوم توسط دانشجو به آموزش دانشکده مربوطه تحویل گردد.

فرم شماره ۲