بسمه تعالي

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان

معاونت آموزشی

فرم اطلاعات عمومي دانشجويان تحصيلات تكميلي
(دانشجويان كارشناسی ارشد دوره آموزش مجازی)

جاي عكس

تاريخ تنظيم : .....

شماره دانشجويي: .....

نـــــــــــام خـــــــــــــانوادگي : .....

نام : .....

نام پدر: .....

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

محل تولد: .....**تاريخ تولد** / / **13** **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 **14- 14**

نيمسال اول ☐ **نيمسال دوم** ☐

مربوط به دارندگان مدرک مقطع کارشناسی	کارشناسی پیوسته ☐ کارشناسی ناپیوسته☐	**آخرين مقطع قبلي**	**كارشناسي ارشد** ☐ **دكتراي عمومي** ☐
	رشته:..... **دانشگاه:**..... **تاريخ فارغ التحصيلي:** / /		**رشته:**..... **دانشگاه:**..... **تاريخ فارغ التحصيلي:** / /

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 2