بسمه تعالي

توجه: لطفاً اين فرم را با دقت تکميل نمائيد.

فرم شماره 2

محل الصاق عکس

**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکي**

**هيئت مرکزي گزينش دانشجو**

**تذکر1** : چنانچه اين فرم ناقص تکميل گردد به آن ترتيب اثر داده نخواهد شد و عواقب آن من جمله تاخیر درفارغ التحصیلیبر عهده تکمیل کننده خواهدبود.

شرکت کننده در آزمون دوره کارشناسی ارشد پی اچ دیدستياري تخصصی دندانپزشکیدستیاری تخصصی پزشکی دستیاری فوق تخصص پزشکیرشته --------- سال تحصیلی :

رشته تحصیلی مقطع قبل:دانشگاه محل تحصيل مقطع قبل: سال ورود مقطع قبل : سال فراغت از تحصيل مقطع قبل:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1-نام خانوادگي: -------

2-نام: ----------

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

شماره شناسنامه: نام پدر: تاريخ و محل تولد:کد ملی :

دين: مذهب: وضعيت تاهل: مجرد متاهل وضعيت خدمت وظيفه:نام و نام خانوادگي قبلي:

تابعيت: ایرانی غیر ایرانی شماره پاسپورت:

اتباع خارجی : افغانستان بحرین سوریه عراق لبنان سایر :---

نام و نام خانوادگي و ميزان تحصيلات همسر:

**شغل و** محل کار همسر:

شغل پدر: شغل مادر:

آدرس محل زندگي والدین :

**تذکر مهم** : درصورتيکه پرسنل رسمي ارگان های دولتی هستيد قید بفرمایید وحکم کارگزینی در قسمت اسکن مدارک بارگزاری گردد .

داوطلب استفاده از سهميه:

آزاد🞎 مربيان و کارکنان وزارت بهداشت و درمان 🞎 رزمندگان و ا يثارگران🞎 پزشک🞎

نام دانشگاههاي محل تحصيل درصورت گذراندن دوره بصورت ميهمان يا انتقال

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | نام دانشگاه  | تاريخ شروع  | تاريخ پايان  | ميهمان يا انتقال |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

آزمونهاي قبلي (نتايج دو دوره آخر)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| محل آزمون  |  |  |
| نتيجه گزينش  |  |  |
| نتيجه گزينش عمومي  |  |  |

وضعيت اشتغال خدمت فعلي و تعهدات قانوني:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | نام محل کار  | مسئوليت  | تاريخ شروع و خاتمه  | نوع استخدام  | آدرس دقيق و تلفن:  |
| فعاليت فعلي:  |  |  |  |  |  |
| طرح خارج از مرکز:  |  |  |  |  |  |

سابقه حضور داوطلبان در جبهه:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | تاريخ شروع  | تاريخ خاتمه  | موظف | داوطلب | محل خدمت  |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |

سابقه همکاري با ارگانهاي انقلاب اسلامي يا نهادهاي دولتي:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | نام محل  | استان  | شهر  | تاريخ شروع و خاتمه  | نوع فعاليت  | ارتباط  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |

وابستگي درجه يک به خانواده شهيد🞎 مفقود الاثر🞎 اسير🞎 نام و نام خانوادگي ايشان

نسبت فاميلي شما با وي محل و زمان (شهادت/اسارت/مفقود شدن)

چنانچه مجروح با جانباز مي باشيد: مجروح🞎 جانباز🞎 نوع آسيب ديدگي زمان و محل وقوع:

آيا عضو نيروي مقاومت بسيج مي باشيد؟ بله🞎 خير🞎

مشخصات دو نفر از هم کلاسیکه شما را کاملاً‌مي شناسند و دونفر از اساتید مقطع قبلیدر صورت داشتن استاد راهنما ومشاورلطفا آنها ذکرگردند:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام و نام خانوادگي | شغل  | مدت آَشنايي  | آدرس و تلفن ثابت و همراه  |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

آدرسهاي محل سکونت بطور دقيق نوشته شود:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| استان | شهر | آدرس پستي | تلفن |
| قبلي |  |  |  |
| فعلی |  |  |  |

سابقه محکوميت کيفري و يا ممنوعيت پذيرش در دانشگاه پس از بازگشايي دانشگاهها يا هرگونه توبيخ کتبي و شفاهي در کميته انضباطي

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | نوع سابقه  | تاريخ وقوع |  نوع حکم  | محل صدور حکم  |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

\*چنانچه داراي وابستگي گروهکي مي باشيد با ذکر نوع فعاليت در يک سطر شرح دهيد:

\*\*\*حتما قید شو د:

شماره تلفن ثابت : همراه ضروريدانشجو جهت تماس:

پست الکترونیک(Email):

اينجانب داوطلب شرکت در آزمون دوره ---------------

اين فرم را در تاريخ صادقانه و با دقت تکميل نموده و مسئوليت صحت مندرجات را بعهده گرفته و درصورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هيچگونه اعتراضي در نتيجه آزمون را نخواهم داشت و ناقص بودنفرم منوط بر عدم صلاحیت اینجانب می باشد .

امضاء