

تذکره ۱: چنانچه این فرم ناقص تکمیل گردد به آن ترتیب اثر داده نخواهد شد و عواقب آن من جمله تاخیر در فارغ التحصیلی و عهده تکمیل کننده خواهد بود.

شرکت کننده در آزمون دوره کارشناسی ارشد ○ پی اچ دیدن تخصصی دندانپزشکی دستیاری تخصصی پزشکی

دستیاری فوق تخصص پزشکی شته ----- سال تحصیلی :

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

[illegible]

۱-نام خانوادگی: -----

[illegible]

۲-نام: _____

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

دین: _____ مذهب: _____ وضعیت تاهل: ☐ متاهل ☐ مجرد وضعیت خدمت وظیفه: نام و نام خانوادگی قبلی: _____

تابعیت: ایرانی ☐ غیر ایرانی ☐ شماره پاسپورت:

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

نام و نام خانوادگی و میزان تحصیلات همسر:

شغل و محل کار همسر:

شغل پدر: _____ شغل مادر: _____

آدرس محل زندگی والدین :

تذکر مهم : در صورتیکه پرسنل رسمی ارگان های دولتی هستید قید بفرمایید و حکم کارگزینی در قسمت اسکن مدارک بارگزاری گردد.

داوطلب استفاده از سهمیه:

☐ آزاد ☐ مربیان و کارکنان وزارت بهداشت و درمان ☐ رزمندگان و ایثارگران ☐ پزشک

نام دانشگاه‌های محل تحصیل در صورت گذراندن دوره بصورت میهمان یا انتقال

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	میهمان یا انتقال
۱				
۲				

آزمونهای قبلی (نتایج دو دوره آخر)

		محل آزمون
		نتیجه گزینش
		نتیجه گزینش عمومی

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی:

نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	آدرس دقیق و تلفن:
				فعالیت فعلی:
				طرح خارج از مرکز:

سابقه حضور داوطلبان در جبهه:

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	موظف	داوطلب	محل خدمت
۱					
۲					

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی:

ردیف	نام محل	استان	شهر	تاریخ شروع و خاتمه	نوع فعالیت	ارتباط
۱						
۲						

وابستگی درجه یک به خانواده شهید ☐ مفقود الاثر ☐ اسیر ☐ نام و نام خانوادگی ایشان

نسبت فامیلی شما با وی محل و زمان (شهادت/اسارت/مفقود شدن)

چنانچه مجروح با جانباز می باشید: مجروح ☐ جانباز ☐ نوع آسیب دیدگی زمان و محل وقوع:

آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید؟ بله ☐ خیر ☐

مشخصات دو نفر از هم کلاسی که شما را کاملاً می شناسند و دونفر از اساتید مقطع قبلی در صورت داشتن استاد راهنما و مشاور لطفاً آنها ذکر گردند:

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	آدرس و تلفن ثابت و همراه
۱				
۲				
۱				
۲				

آدرسهای محل سکونت بطور دقیق نوشته شود:

استان	شهر	آدرس پستی	تلفن
قبلی			
فعلی			

سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه پس از بازگشایی دانشگاهها یا هرگونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی

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

* چنانچه دارای وابستگی گروهکی می باشید با ذکر نوع فعالیت در یک سطر شرح دهید:

****حتما قید شو د:**

شماره تلفن ثابت : همراه ضروری **دانشجو** جهت تماس:

پست الکترونیک (Email):

اینجانب ----- داوطلب شرکت در آزمون دوره

این فرم را در تاریخ صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته و در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت و ناقص بودن فرم منوط بر عدم صلاحیت اینجانب می باشد .

امضاء