

توجه: لطفاً این فرم را با دقت تکمیل نمایید.

بسمه تعالی

فرم شماره 2

محل الصاق

عکس

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیئت مرکزی گزینش دانشجو

تذکر 1: چنانچه این فرم ناقص تکمیل گردد به آن ترتیب اثر داده نخواهد شد و عواقب آن من جمله تاخیر در فارغ التحصیلی عهده تکمیل کننده خواهد بود.

شرکت کننده در آزمون دوره کارشناسی ارشد ☐ پی اچ دی ☐ دستیاری تخصصی دندانپزشکی ☐

دستیاری تخصصی پزشکی ☐ دستیاری فوق تخصص پزشکی ☐ رشته -----

سال تحصیلی :

دانشگاه محل تحصیل مقطع قبل:

رشته تحصیلی مقطع قبل:

سال فراغت از تحصیل مقطع قبل:

سال ورود مقطع قبل :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1- نام خانوادگی: -----

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2- نام: -----

تاریخ و محل تولد:

نام پدر:

شماره شناسنامه:

☐ متاهل ☐ وضعیت تاهل: مجرد

مذهب:

دین:

کد ملی :

نام و نام خانوادگی قبلی:

وضعیت خدمت وظیفه:

شماره پاسپورت:

☐

غیر ایرانی

☐

تابعیت: ایرانی

سایر: ---

☐

لبنان

☐

عراق

☐

سوریه

☐

بحرین

☐

افغانستان

☐

اتباع خارجی :

نام و نام خانوادگی و میزان تحصیلات همسر:

شغل و محل کار همسر:

شغل مادر:

شغل پدر:

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:

☐ پزشک

☐ رزمندگان و ایثارگران

☐

مربیان و کارکنان وزارت بهداشت و درمان

☐ آزاد

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

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	میهمان یا انتقال
1				
2				

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
1					
2					
3					
4					

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی:

ردیف	نام محل	استان	شهر	تاریخ شروع و خاتمه	نوع فعالیت	ارتباط
1						
2						

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 کردند:

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	آدرس و تلفن ثابت و همراه
1				
2				
1				
2				

آدرسهای محل سکونت بطور دقیق نوشته شود:

استان	شهر	آدرس پستی	تلفن
قبلی			
فعلي			

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
1				
2				

* 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 بودنفرم منوط بر عدم صلاحیت اینجانب می باشد .

امضاء