**فرم دانشکده پزشکی**

* **نام و نام خانواگی دستیار: رشته قبولی:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **تحویل داده شد** | **تحویل داده نشد** | **توضیحات لازم** |
| **عکس 4\*3\_(2 عدد)** |  |  |  |
| **اصل شناسنامه و کپی** |  |  |  |
| **سند ازدواج از صفحه 1 تا 5** |  |  |  |
| **اصل شناسنامه همسر و کپی** |  |  |  |
| **اصل کارت ملی و کپی** |  |  |  |
| **اصل کارت نظام پزشکی و کپی** |  |  |  |
| **اصل گواهی پایان طرح و کپی** |  |  |  |
| **اصل کارت پایان خدمت و کپی** |  |  |  |
| **اصل پروانه دائم پزشکی و کپی(فارغ التحصیلان ماقبل 91)** |  |  |  |
| **تسویه حساب از صندوق رفاه** |  |  |  |
| **اصل گواهی پایان صلاحیت بالینی و کپی(مختص فارغ التحصیلان 94 و به بعد)** |  |  |  |
| **محل دقیق استخدام سازمان و آخرین حکم استخدامی** |  |  |  |
| **ارائه حکم مرخصی بدون حقوق یا ماموریت** |  |  |  |
| **اصل و کپی مدارک مربوط به سهمیه ثبت نامی (رزمندگان ، ایثارگران)**  |  |  |  |

**-در صورت نداشتن بیمه مسئولیت در زمان ثبت نام حتما درخواست تحویل کارشناسان آموزش دانشکده پزشکی خانم رسولی یا خانم گرمرودی گردد.**

**مدارک ذکر شده تحویل کارشناس آموزش داده شد. امضاء و تاریخ دستیار**