|  |
| --- |
| **توجه: هر داوطلب بايد شماره**  **داوطلب مندرج در فرم تقاضانامه**  **ثبت نامه را در مستطيل ذيل با خط خوانا بنويسيد** |

|  |
| --- |
| شماره پرونده |
|  |

|  |
| --- |
| **محل**  **الصاق عكس**  4\*3 |

**بسمه تعالي**

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي

هيأت مركزي گزينش دانشجو

فرم مشخصات شركت كنندگان درآزمون دوره دستياري بالینی

تاريخ آزمون: رشته قبولی:

دانشگاه محل تحصيل دوره پزشکی: سال ورود: سال فراغت از تحصيل:

**تذكر 1: چنانچه اين فرم ناقص تكميل گردد به آن ترتيب اثر داده نخواهد شد. تذكر 2: قسمتهائي كه جواب ندارد با خط تيره مشخص فرمائيد.**

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

نام خانوادگي: ....................................

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

نام:....................................................

شماره شناسنامه: نام پدر: تاريخ و محل تولد: دين: مذهب:

تابعیت: نام و نام خانوادگي قبلي: کد ملی:

وضعیت خدمت نظام وظیفه: انجام داده ام انجام نداده ام معاف هستم مشغول انجام هستم

وضعیت تاهل: مجرد متاهل

نام و نام خانوادگي همسر: ميزان تحصيلات همسر :

شغل همسر: محل كار همسر:

شغل پدر: شغل مادر:

آیا پدر، مادر، همسر یا یکی از اعضاء درجه اول شما عضو هیات علمی دانشگاه می باشد؟ بله خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ: عضو هیات علمی کدام دانشگاه؟ چه رشته ای؟

آدرس محل سکونت والدین:

درصورتي كه پرسنل رسمي يكي از نيروهاي نظامي و انتظامي هستيد نام نيرو و تاريخ شروع بكار را ذكر نمائيد:

**سهمیه قبولی دستیاری**: آزاد □ مناطق محروم □ مسئول اجرايي، پزشك عمومي خدمت كرده در مناطق محروم□ بورسیه ارتش

رزمندگان و ايثارگران □ جانبازان بيش از 70% و يا آزادگان بيش از 2 سال سابقه اسارت در زمان دانشجويي □ اتباع خارجي□

* **نام دانشگاههاي محل تحصيل در صورت گذراندن دوره بصورت مهمان يا انتقال:**

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

* **وضعيت اشتغال خدمت فعلي و تعهدات قانوني:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| فعاليت | نام محل كار | مسئوليت | تاريخ شروع و خاتمه | نوع استخدام | آدرس دقيق و تلفن |
| فعاليت فعلي |  |  |  |  |  |
| طرح خارج از مركز |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

**تذكرات: 1- دانشجويان دانشگاه آزاد اسلامي مي بايست نام واحد دانشگاهي خود را نيز مشخص فرمايند. واحد انشگاهي:**

**2- به جز الصاق عكس ارائه 2 قطعه عكس ديگر الزامي است.**

* **سابقه حضور داوطلبانه در جبهه**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | تاريخ شروع | تاريخ خاتمه | نهاد يا ارگان اعزام كننده | محل خدمت |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

* **سابقه همكاري با ارگانهاي انقلاب اسلامي يا نهادهاي دولتي**

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

وابستگي درجه يك به خانواده شهيد مفقودالاثر اسير نام و نام خانوادگي ايشان:

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

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

آيا عضو نيرومي مقاومت بسيج مي باشند: بلي خير

* \*\* مشخصات **دو نفر افراد مورد اطميناني** كه شما را كاملاً مي شناسند و **دو نفر از دوستان زمان تحصيل**كه با شما آشنائي نزديك داشته باشند و هيچگونه نسبت خانوادگي با شما نداشته باشند به ترتيب ذكر نمائيد.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | نام و نام خانوادگي | شغل | مدت آشنايي | نحوه آشنايي | آدرس و تلفن |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |

**آدرسهاي محل سكونت به طور دقيق نوشته شود :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| آدرس | استان | شهر | آدرس پستي | تاريخ شروع و خاتمه اقامت |
| فعلي |  |  |  |  |
| قبلي |  |  |  |  |

**سابقه محكوميت كيفري يا ممنوعيت پذيرش در دانشگاه پس از بازگشايي دانشگاهها يا هرگونه توبيخ كتبي و شفاهي در كميته انضباطي:**

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

**چنانجه داراي وابستگي گروهكي مي باشيد با ذكر نوع فعاليت در يك سطر شرح دهيد :**

شماره تلفن ضروري جهت تماس :

اينجانب: پذیرفته شده در **پنجاهمین ویکمین**  دوره آزمون دستیاری اين فرم را در تاريخ : صادقانه و با دقت تكميل نموده و مسئوليت صحت مندرجات را بعهده گرفته ودر صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هيچگونه اعتراضي نسبت به نتيجه بررسي صلاحيت عمومي خود را نخواهم داشت .

شماره تلفن ثابت : شماره تلفن همراه : شماره تلفن تماس در صورت ضرورت:

e-mail:

نام و نام خانوادگی

امضا :