

بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیأت مرکزی گزینش دانشجو

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون دکترای تخصصی (Ph.D)

محل
الصاق عکس
۳×۴

توجه: هر داوطلب باید شماره
داوطلب مندرج در فرم تقاضانامه
ثبت نامه را در مستطیل ذیل با خط خوانا
بنویسد

شماره پرونده

تذکر ۱: چنانچه این فرم ناقص و یا ناخوانا تکمیل گردد به آن ترتیب اثر داده نخواهد شد.

تذکر ۲: قسمتهائی که جواب ندارد با خط تیره مشخص فرمائید.

تاریخ آزمون: رشته قبولی:

دانشگاههای محل تحصیل در دور های قبل:

ردیف	نام دانشگاه	نام دانشکده	رشته تحصیلی	مقطع تحصیلی	شروع به تحصیل	سال فراغت از تحصیل
۱						
۲						
۳						

نام خانوادگی:

نام:

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

مذهب:

تابعیت:

نام و نام خانوادگی قبلی:

وضعیت خدمت نظام وظیفه: انجام داده ام ☐

انجام نداده ام ☐

مشغول انجام هستم ☐

وضعیت تاهل: متاهل ☐

نام و نام خانوادگی همسر:

میزان تحصیلات همسر:

شغل همسر:

محل کار همسر:

شغل پدر:

شغل مادر:

آدرس دقیق محل زندگی:

در صورتی که پرسنل رسمی یکی از نیروهای نظامی و انتظامی هستید نام نیرو و تاریخ شروع بکار را ذکر نمائید:

داوطلب: آزاد ☐ مناطق محروم ☐ مسئول اجرایی، پزشک عمومی خدمت کرده در مناطق محروم ☐ بورسیه ارتش ☐ استعداد درخشان ☐
رزمندگان و ایثارگران ☐ جانبازان بیش از ۷۰٪ و یا آزادگان بیش از ۲ سال سابقه اسارت در زمان دانشجویی ☐ اتباع خارجی ☐

نام دانشگاههای محل تحصیل در صورت گذراندن دوره بصورت مهمان یا انتقال:

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

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی:

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

تذکرات: ۱- دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی می بایست نام واحد دانشگاهی خود را نیز مشخص فرمایند

۲- به جز الصاق عکس ارائه ۲ قطعه عکس دیگر الزامی است. واحد دانشگاهی:

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	نهاد یا ارگان اعزام کننده	محل خدمت
۱				
۲				
۳				

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی

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

وابستگی درجه یک به خانواده شهید ☐ مفقودالاثار ☐ اسیر ☐ نام و نام خانوادگی ایشان: _____
نسبت فامیلی شما با وی: _____ محل (شهادت/اسارت/مفقود شدن): _____
چنانچه مجروح یا جانباز می باشید: مجروح ☐ جانباز ☐ نوع آسیب دیدگی: _____ زمان و محل وقوع: _____
آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید: بلی ☐ خیر ☐

مشخصات ۴ نفر افراد مورد اطمینانی که شما را کاملاً می شناسند که ۲ نفر آنها از دوستان زمان تحصیل شما می باشند که با شما آشنائی نزدیک داشته باشند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند به ترتیب ذکر نمایند.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	نحوه آشنایی	آدرس و تلفن
۱					
۲					
۳					
۴					

آدرسهای محل سکونت به طور دقیق نوشته شود :

آدرس	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع	خاتمه اقامت
فعلی					
قبلی					

سابقه محکومیت کیفری 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 :

شماره تلفن ضروری جهت تماس :

اینجانب: _____ پذیرفته شده در آزمون دوره دکتری تخصصی Ph.D رشته: _____ سال تحصیلی: _____

این فرم 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 نسبت به نتیجه بررسی صلاحیت عمومی خود را نخواهم داشت .

شماره تلفن ثابت : _____ شماره تلفن همراه : _____

e-mail : _____

امضا :