بسمه تعالي

الصاق عکس

**لطفاً در اين قسمت چيزي ننويسيد**

|  |
| --- |
|  |
|  |

برگ مشخصات مربوط به بررسي صلاحيت عمومي پذیرفته شدگان آزمون كارشناسي ارشد

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي

رشته هاي گروه پزشكي ، سال تحصيلي 1404 -1403

|  |  |
| --- | --- |
| **دانشگاه محل تحصيل دوره كارشناسي:** | **رشته تحصيلي دوره كارشناسي:** |
| **سال ورود: سال فراغت از تحصيل:** | **رشته پذیرفته شده در دوره كارشناسي ارشد:** |

تذكر: **چنانچه اين فرم ناقص تكميل گردد به آن ترتيب اثر نخواهد شد.**

**نام خانوادگي: نام: نام پدر: شماره شناسنامه:**

**محل صدور: تاريخ تولد: مذهب: تابعيت:**

**وضعيت تاهل: وضعيت نظام وظیفه : نوع معافیت:.**

**نام و نام خانوادگي همسر: میزان تحصیلات همسر: شغل همسر :**

**آدرس محل کارهمسر:**

**در صورتيكه پرسنل رسمي يكي از نيروهاي انتظامي هستيد نام نيرو و تاريخ شروع به كار را ذكر نمائيد. .**

**داوطلب استفاده از سهميه**

**آزاد50% مناطق محروم 10% رزمندگان و ايثارگران20% كاركنان وزارت بهداشت و درمان 20% استعدادهای درخشان**

**نام دانشگاههاي محل تحصيل در صورت گذراندن در صورت شركت در آزمون كارشناسي ارشد**

**دوره به صورت ميهمان يا انتقال دوره هاي قبل جدول زير را تكميل نماييد.**

**مثبت منفي**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **نام دانشگاه** | **تاريخ شروع** | **تاريخ پايان** | **ميهمان يا انتقال** |  | **نتيجه مرحله اول آزمون** |  |  |
| **1-** |  |  |  |  |  | **نتيجه مرحله دوم آزمون** |  |  |
| **2-** |  |  |  |  |  | **نتيجه گزينش عمومي** |  |  |
| **3-** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**وضعيت اشتغال خدمت فعلي و تعهدات قانوني**

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

**حضور در جبهه يا خدمت سربازي :**

**آيا نام شما در ليست اضطراري ستاد رسيدگي به وضع مصدومين و مجرومين جنگ وجود دارد؟**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **تاريخ شروع** | **تاريخ خاتمه** | **موظف** | **داوطلب** | **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** | **ارتباط** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |

**وابستگي درجه يك به خانواده شهيد ❑ مفقوالاثر ❑ آزاده ❑**

**نام و نام خانوادگي ايشان:**

**محل و زمان ( شهادت / اسارت / مفقود شدن ):**

**مشخصات *4 نفر* از افرادي كه شما را كاملاً شناخته و قابل دسترس مي باشند ذكر نمائيد .**

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

**آدرس و محل سكونت بطور دقيق نوشته شود :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **استان** | **شهر** | **آدرس پستي** | **تلفن** |
| **فعلي** |  |  |  |  |
| **قبلي** |  |  |  |  |

**سابقه كيفري در دادگاه و يا سابقه در كميته انضباطي در دوران تحصيل :**

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

**چنانچه وابستگي گروهكي داشته ايد يا ذكر نوع فعاليت در يك سطر شرح دهيد :**

**شماره تلفن ضروري جهت تماس: 1- 2- 3-**

**اينجانب متعهد مي گردم كه بندهاي مذكور در اين فرم را بدون اشتباه و بر اساس مدارك تكميل نموده و در صورت وجود هر گونه مغايرت و يا عدم صحت مندجات فوق، مسئوليت كليه عواقب آن بر عهده اينجانب خواهد بود. و در صورت تغییر در شماره تماس و آدرس، موضوع را در اولین فرصت ممکن اطلاع رسانی خواهم نمود.**

**نام و نام خانوادگي تاريخ تنظيم .......... امضاء**