

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

محل الصاق ۳×۴
------------------

باسمه تعالی

شماره پرونده

**وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی**  
**هیات مرکزی گزینش دانشجوی**

**فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون دستیاری تخصصی گروه پزشکی**

تاریخ آزمون:

پنج رشته انتخابی:

دانشگاه محل تحصیل پزشکی عمومی : سال ورود پزشکی عمومی : سال فراغت از تحصیل :

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

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

نام خانوادگی

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

نام

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

تاریخ و محل تولد:

نام پدر:

شماره شناسنامه:

متاهل  مجرد

مذهب:

دین:

نام و نام خانوادگی قبلی:

تابعیت:

وضعیت خدمت و وظیفه عمومی:

نام و نام خانوادگی و میزان تحصیلات همسر:

شغل و محل کار همسر:

شغل مادر:

شغل پدر:

آدرس محل زندگی والدین:

در صورتی که پرسنل یکی از نیروهای نظامی هستید نام نیرو و تاریخ شروع به کار را ذکر نمائید.

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

**نام دانشگاه محل تحصیل در صورت گذراندن دوره به صورت میهمان یا انتقال**

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	میهمان یا انتقال

**وضعیت اشتغال فعلی و تعهدات قانونی**

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

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

واحد دانشگاهی

۲- به جزء الصاق عکس ارائه ۲ قطعه عکس دیگر الزامی است

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	نهاد یا ارگان اعزام کننده	محل خدمت

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهاد های دولتی

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

وابستگی به خانواده شهید  مفقودالثر  آزاده  نام و نام خانوادگی ایشان

نسبت به فامیلی شما به وی محل و زمان (شهادت / اسارت / مفقود شدن)

مشخصات دو نفر از افراد مورد اطمینانی که شما را کاملاً می شناسد و دو نفر از دستان زمان تحصیل که با شما آشنایی نزدیک و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند به ترتیب ذکر نمایید. (لطفاً معرفی شدگان و سایر موارد درخواستی به طور کامل تکمیل گردد.)

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

آدرس محل سکونت به طور دقیق نوشته شود:

آدرس	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و 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

چنانچه وابستگی گروهکی داشته اید با ذکر نوع فعالیت در یک سطر شرح دهید.

شماره تلفن ضروری همراه جهت تماس

اینجانب .....داوطلب شرکت در آزمون ..... دوره دستیاری

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 نسبت به نتیجه بررسی صلاحیت عمومی خود را نخواهم داشت

امضاء