

## مشخصات مورد نیاز

استاد گرامی؛ از اطلاعات ذیل در تکمیل برنامه پرسنلی استفاده خواهد شد. لطفا در تکمیل آن نهایت دقت را مبذول فرمایید و به صورت Word ارسال نمایید.

### مشخصات فردی

نام و نام خانوادگی کامل (دقیقا مطابق شناسنامه و کارت ملی):
محل تولد (استان/شهر/بخش):
محل صدور شناسنامه (استان/شهر/بخش):
شماره ملی:
شماره شناسنامه:
نام پدر:
تاریخ تولد:
دین/مذهب:
وضعیت تأهل:
تاریخ ازدواج:
تعداد اولاد:
آدرس محل سکونت - کد پستی - تلفن:
تلفن همراه:
شماره نظام پزشکی:
ایمیل:

### وضعیت پایان خدمت (آقایان)

وضعیت نظام وظیفه:
شروع و پایان خدمت (روز/ماه/سال):
آیا مشمول طرح نخبگان نیروهای مسلح (جهت سربازی) هستید؟

اطلاعات مربوط به مدرک تحصیلی (لطفا اطلاعات آخرین دوره تحصیلی را دقیق تکمیل نمایید)

مدرک تحصیلی:
رشته تحصیلی:
تاریخ شروع و اخذ (پایان یا دفاع) مدرک تحصیلی (روز/ماه/سال) (برای تعیین میزان طول دوره تحصیلی): شروع: اخذ:
معدل:
محل اخذ مدرک تحصیلی:
نوع تحصیل (رایگان/شهریه پرداز):
آیا دارای سند تعهد محضری (که قبل از شروع تحصیلات اخذ می شود) می باشید؟
آیا از بورس تحصیلی این دانشگاه (علوم پزشکی کاشان) استفاده کرده اید؟
تاریخ شروع و پایان بورس تحصیلی (روز/ماه/سال):
آیا تعهد خاص به این دانشگاه دارید؟ (مدت آن):

مشخصات مدارک تحصیلی قبلی یا دیگر (این اطلاعات در برنامه پرسنلی ثبت میشود)

رشته و دانشگاه:	لیسانس
تاریخ شروع و پایان (روز/ماه/سال):	
رشته و دانشگاه:	فوق لیسانس
تاریخ شروع و پایان (روز/ماه/سال):	
رشته و دانشگاه:	دکتری حرفه ای
تاریخ شروع و پایان (روز/ماه/سال):	
رشته و دانشگاه:	دکتری تخصصی
تاریخ شروع و پایان (روز/ماه/سال):	
رشته و دانشگاه:	فلوشیپ
تاریخ شروع و پایان (روز/ماه/سال):	

### وضعیت انجام طرح عمومی

وضعیت انجام طرح:
شروع طرح:
پایان طرح:
آیا دارای گواهی پایان طرح می باشید؟

### مشخصات همسر

نام و نام خانوادگی:
شغل همسر:
شماره ملی:
شماره شناسنامه:
تاریخ تولد:

### مشخصات فرزند/فرزندان

نام فرزند (فرزندان):
شماره شناسنامه فرزند (فرزندان):
شماره ملی فرزند (فرزندان):
تاریخ تولد فرزند (فرزندان):
وضعیت تأهل فرزند (فرزندان):
تاریخ ازدواج فرزند (فرزندان):

### وضعیت سوابق پرداخت بیمه

آیا پیش از رابطه استخدامی با این دانشگاه (علوم پزشکی کاشان) به صورت رسمی (یا پیمانی) با سایر دستگاه های کشوری، ارتباط استخدامی داشته یا دارید؟ (نام دستگاه/ها)
آیا در گذشته سابقه پرداخت بیمه داشته اید (مدت زمان):

## وضعیت انجام تعهدات در سایر مراکز وابسته به وزارتخانه متبوع

آیا سابقه انجام تعهدات مقطع حاضر را در مرکزی دیگر دارید؟
نام مرکز، تاریخ شروع و پایان آن:

## وضعیت ایثارگری

نوع وضعیت (آزاده/جانباز یا غیره):
آیا دارای کارت ایثار می باشید؟
درصد جانبازی:
مدت اسارت:
مدت حضور داوطلبانه در جبهه:
مدت حضور غیر داوطلبانه در جبهه: