



## بسمه تعالی

## دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

## فرم مشخصات پذیرفته شدگان دوره دستیاری تخصصی گروه پزشکی

اطلاعات فردی	
نام و نام خانوادگی :	
نام پدر :	کد ملی :
شماره شناسنامه :	تاریخ تولد : ۱۳ / /
محل تولد :	محل صدور شناسنامه :
شماره نظام پزشکی :	مذهب : <input type="checkbox"/> تشیع <input type="checkbox"/> اهل تسنن ؛ <input type="checkbox"/> غیر مسلمان
وضعیت استخدامی : <input type="checkbox"/> آزاد <input type="checkbox"/> کادر نیروهای مسلح؛ یگان و محل مربوطه: <input type="checkbox"/> استخدام وزارت بهداشت و یا سایر سازمان های رسمی و دولتی ؛ محل مربوطه:	
وضعیت نظام وظیفه : <input type="checkbox"/> کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> معافیت (دائم، پزشکی، کفالت و...) <input type="checkbox"/> معافیت تحصیلی <input type="checkbox"/> کادر نیروهای مسلح نام نیرو..... تاریخ شروع به کار..... <input type="checkbox"/> اتباع بیگانه <input type="checkbox"/> سایر موارد	
وضعیت تاهل : مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>	تعداد فرزند :
نام و نام خانوادگی همسر :	میزان تحصیلات همسر :
شغل همسر :	محل کار همسر :
تلفن ثابت (همراه کد شهرستان):	تلفن همراه :
شماره تلفن ضروری :	شماره همراه ضروری:
آدرس محل سکونت :	

اطلاعات رشته دستیاری	
رشته قبولی :	سال شروع دستیاری :
دوره قبولی دستیاری :	نمره قبولی :
چنانچه از سایر دانشگاهها منتقل و یا مهمان شده اید؛ دانشگاه محل تحصیل :	
سهمیه قبولی : <input type="checkbox"/> پذیرش آزاد <input type="checkbox"/> رزمندگان <input type="checkbox"/> سهمیه خانم ها <input type="checkbox"/> اتباع غیر ایرانی <input type="checkbox"/> مازاد - بر اساس آئین نامه استعداد درخشان <input type="checkbox"/> بورسیه سپاه و یا سایر نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> غیره	

اطلاعات دوره پزشکی عمومی	
دانشگاه محل تحصیل پزشکی عمومی:	
سال ورود :	تاریخ فراغت از تحصیل :
سهمیه قبولی پزشکی عمومی:	معدل کل :
وضعیت انجام نیروی انسانی: <input type="checkbox"/> انجام داده ام <input type="checkbox"/> شروع نکرده ام <input type="checkbox"/> معاف از طرح <input type="checkbox"/> نیمه تمام رها کرده ام <input type="checkbox"/> پروانه مطب <input type="checkbox"/> پروانه دائم <input type="checkbox"/> حداکثر تا تاریخ ۱۳۹۱/۶/۳۱..... به اتمام خواهد رسید <input type="checkbox"/> هیچکدام	
وضعیت صندوق رفاه دانشجویی: <input type="checkbox"/> تسویه حساب صندوق رفاه <input type="checkbox"/> مجوز مشروط (در حال پرداخت اقساط و بدون قسط معوقه) <input type="checkbox"/> بدون تعهد به صندوق رفاه (فارغ التحصیل دانشگاه آزاد اسلامی)	

## «تعهدنامه رعایت ضوابط دانشگاه»

مدیر محترم امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه

با سلام و احترام

اینجانب ..... فرزند ..... به شماره ملی ..... پذیرفته شده ..... دوره پذیرش دستیاری این دانشگاه در رشته ..... دارای نمونه امضای مندرج در کادر ذیل به موارد ذیل متعهد می شوم؛

۱- مفاد کامل دستورالعمل راهنمای ثبت نام دستیاری در خصوص ضوابط و مقررات تعیین نقص عضو موثر حرفه ای در رشته بالینی تخصصی پزشکی را به طور دقیق مطالعه نموده ام. بنابراین

دارای سابقه بیماری و یا نقص عضو می باشم  دارای سابقه بیماری یا نقص عضو موثر نمی باشم

۲- رعایت کلیه مقررات، شئون اسلامی و آئین نامه های انضباطی دانشگاه را بنمایم و در صورت تخطی مطابق با قانون و مقررات با من رفتار گردد.

۳- طبق برنامه ای که مدیر محترم گروه مربوطه تعیین نماید انجام وظیفه نمایم و در صورت تخطی، دانشگاه می تواند برابر ضوابط و مقررات اقدام نماید.

۴- اشتغال به تحصیل در هیچ یک از مقاطع تخصص پزشکی، PhD و یا کارشناسی ارشد نداشته و دارای مدرک تخصصی در مقاطع فوق الذکر نمی باشم.

۵- در طول تحصیل در هیچ سازمان و موسسه ای بصورت رسمی یا پیمانی مشغول بکار نمی باشم در صورت خلاف این ادعا دانشگاه می تواند از ادامه تحصیل اینجانب جلوگیری بعمل آورد.

۶- در صورت مغایرت مدارک ارسالی با اصل، نسبت به کان لم یکن نمودن ثبت نام از طرف دانشگاه حق هر گونه اعتراض را از خود سلب می نمایم. همچنین تأیید این فرم به منزله تأیید صحت کلیه مندرجات فرم های تکمیل شده ثبت نامی می باشد.

مهر نظام پزشکی و امضاء دستیار