



بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیأت مرکزی گزینش دانشجو

عکس

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون دستیاری سال

تاریخ آزمون:

رشته پذیرفته شده:

دانشگاه محل تحصیل دوره عمومی:

سال ورود:

سال فارغ التحصیلی:

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

۲- مدارکی که باید پیوست شود: ۲ قطعه عکس، ۱ سری تصویر صفحات شناسنامه و کارت ملی

۳- قسمتهایی که جواب ندارد با خط تیره مشخص کنید

۴- کارکنان رسمی دولت و پرسنل رسمی نیروهای انتظامی و نظامی لازم است تصویر حکم کارگزینی خود را ضمیمه نمایند

نام خانوادگی:

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

نام:

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

نام پدر:

شماره شناسنامه:

کد ملی:

تاریخ تولد:

محل صدور:

دین:

مذهب:

وضعیت تأهل:

وضعیت خدمت و وظیفه:

تابعیت:

نام و نام خانوادگی قبلی:

نام و نام خانوادگی همسر:

میزان تحصیلات همسر:

شغل و محل کار همسر:

شغل پدر:

شغل مادر:

آدرس محل زندگی والدین:

متقاضی استفاده از سهمیه آزاد مریبان و کارکنان رزمندگان و ایثارگران پزشکان

نام دانشگاه های محل تحصیل به صورت مهمان یا انتقالی:

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	مهمان یا انتقال
۱				
۲				
۳				

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی

نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	آدرس و تلفن

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه

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

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای انقلابی

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

وابستگی درجه یک به خانواده شهید مفقودالاثار آزاده نام و نام خانوادگی ایشان:

نسبت فامیلی شما با ایشان: محل شهادت، اسارت یا مفقود شدن: زمان:

چنانچه مجروح یا جانباز می باشید: مجروح جانباز درصد جانبازی

مشخصات ۴ نفر افراد مورد اعتمادی که شما را کاملاً می شناسند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند به ترتیب ذکر نمائید.

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

نام سه نفر از اساتید دانشگاه محل تحصیل که شما را می شناسند ذکر نمائید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	دانشکده یا بیمارستان	گروه آموزشی
۱				
۲				
۳				

آدرسهای محل سکونت بطور دقیق نوشته شود:

آدرس	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه اقامت	تلفن
فعلی					
قبلی					

سابقه کفتری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه و یا هرگونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی:

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱				

شماره تلفن ضروری جهت تماس

تلفن ثابت داوطلب با کد شهرستان:
تلفن همراه داوطلب:
تلفن همراه بستگان نزدیک:

اینجانب:..... داوطلب شرکت در آزمون دستیاری سال دوره دانشگاه علوم پزشکی کردستان این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته و در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون نخواهم داشت.

تاریخ تکمیل فرم: امضاء

--	--	--

کد فرم: ۱۰۰

صفحه ۱

* مشخصات فردی:

جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> نام خانوادگی قبلی: در صورتی که نام دیگری دارید، ذکر نمایید:	تاریخ تولد: محل تولد: محل صدور شناسنامه: دین: اسلام <input type="checkbox"/> مسیحی <input type="checkbox"/> یهودی <input type="checkbox"/> مذهب در دین اسلام: تشیع <input type="checkbox"/> تسنن <input type="checkbox"/>	کد یا شماره ملی: نام: نام خانوادگی: نام پدر: ش.ش: شماره تلفن های تماس و نشانی محل سکونت دوران تحصیل فعلی دانشجو:
---	---	---

کد پستی محل سکونت: نشانی دقیق محل سکونت:	پیش شماره تلفن ثابت محل سکونت: تلفن ثابت محل سکونت: تلفن همراه:
---	---

* وضعیت تاهل، نظام وظیفه و شغل:

آیا شاغل هستید: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت اشتغال، نوع شغل را ذکر نمایید. آدرس محل کار در صورت اشتغال:	وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> معیل <input type="checkbox"/> تعداد فرزندان: وضعیت نظام وظیفه: انجام داده <input type="checkbox"/> انجام نداده <input type="checkbox"/> معاف از خدمت <input type="checkbox"/>
---	--

* وضعیت رشته تحصیلی پذیرفته شده:

سال ورود به دانشگاه: نیمه تحصیلی سال: اول <input type="checkbox"/> دوم <input type="checkbox"/> مقطع تحصیلی پذیرفته شده: کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> کارشناسی ناپیوسته <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> دکتری <input type="checkbox"/>	شماره دانشجویی: تاریخ ثبت نام: نام رشته: نام دانشکده:
---	--

* وضعیت دیپلم یا پیش دانشگاهی

نام دبیرستان یا مرکز پیش دانشگاهی: تلفن ثابت محل سکونت در هنگام اخذ مدرک:	استان محل اخذ: شهر محل اخذ:	عنوان مدرک: سال اخذ مدرک:
--	--------------------------------	------------------------------

آدرس دقیق محل سکونت در هنگام اخذ مدرک:

* چنانچه سابقه تحصیلات دانشگاهی را داشته اید جدول زیر را تکمیل کنید:

ردیف	نام رشته تحصیلی	مقطع تحصیلی	وضعیت (فارغ التحصیل یا ترک تحصیل)	تاریخ (فارغ التحصیلی یا ترک تحصیل)	نام دانشگاه محل تحصیل
۱					
۲					
۳					

۳۵) آیا تابحال وقفه تحصیلی داشته اید؟ بلی خیر

۳۶) اگر پاسخ مثبت است زمان آن چقدر است: ماه (۳۷) و در چه سالی

۳۸) آیا تابحال انصراف داشته اید؟ بلی خیر

۳۹) اگر پاسخ مثبت است در چه رشته ای: (۴۰) و در چه سالی

۴۱) آیا تابحال میهمان شده اید؟ بلی خیر

۴۲) اگر پاسخ مثبت است زمان آن چقدر است: ماه (۴۳) و در چه دانشگاهی

۴۴) و در چه بخشهایی:

۴۵) اطلاعات مربوط به آزمونهای ارتقاء (در صورت وجود):

نوبت دوم				نوبت اول				
نتیجه	نمره	تاریخ	دوره	نتیجه	نمره	تاریخ	دوره	ارتقاء
<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول				<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول				ارتقاء ۱ به ۲
<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول				<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول				ارتقاء ۲ به ۳
<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول				<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول				ارتقاء ۳ به ۴
<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول				<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول				ارتقاء ۴ به ۵
<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول				<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول				ارتقاء ۵ به ۶
<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول				<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول				ارتقاء ۵ به ۵

۴۶) آیا هیچ آزمون ارتقایی سه دوره مردود شده اید؟ بلی خیر (۴۷) در چه سالی

۴۸) آیا تابحال تمدید دوره شده اید؟ شده اید؟ بلی خیر (۴۹) در چه سالی

۵۰) آیا دو ارتقاء همزمان داشته اید؟ بلی خیر (۵۱) اگر بلی در سال چندم؟

۵۲) وضعیت انجام طرح نیروی انسانی: انجام نداده ام انجام داده ام پروانه مطب پروانه دائم معاف از طرح

۵۳) در صورت انجام، مدت زمان آن چندماه بوده است؟ (۵۴) چه امتیازی کسب کرده اید:

.....

۵۵) آدرس محل سکونت: استان: شهرستان: بخش: خیابان:

کوچه: پلاک: کد پستی:

۵۶) تلفن تماس:

۵۷) سال احتمالی فارغ التحصیلی:

۵۸) تاریخ تنظیم فرم: ۱۳ / /

مهر تایید دانشگاه:

محل امضای دستیار:

اینجانب دکتر که در رشته.....
دوره پذیرفته شده ام با اطلاع کامل از مقررات دستیاری در مورد بهره مندی
از هزینه تحصیلی اعلام می دارم که در هیچ موسسه دولتی و غیردولتی اشتغال به کار ندارم. در
صورت بروز هرگونه مغایرت با صحت مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراض نسبت به اقدامات
دانشگاه نخواهم داشت.

افرادی که با استفاده از ماموریت آموزشی و مرخصی بدون حقوق از مراکز نظامی و غیر انتظامی
اشتغال به تحصیل دارند قسمت ذیل را تکمیل نمایند.

نام و نام خانوادگی:

رشته پذیرفته شده:

موسسه اشتغال به کار:

مجوز دستیاری بصورت مرخصی بدون حقوق ماموریت آموزشی

تاریخ

امضاء

«فرم مشخصات پذیرفته شدگان»

نام: نام خانوادگی: نام پدر:

شماره شناسنامه: محل تولد: محل صدور:

تاریخ تولد: جنس: وضعیت تاهل:

ملیت: دین: تعداد فرزندان:

وضعیت نظام وظیفه:

مقطع قبلی: نام دانشگاهی که از آن فارغ التحصیل شده اید:

سال فراغت از تحصیل: رشته قبولی فعلی: مقطع قبولی فعلی:

دوره قبولی: سهمیه قبولی: سال قبولی:

وضعیت انجام خدمات نیروی انسانی: پروانه پزشکی:

نشانی محل سکونت:

تلفن ثابت: تلفن همراه:

آدرس الکترونیکی:

نام و نام خانوادگی همسر:

شغل و محل کار همسر:

تلفن همسر:

نشانی محل سکونت والدین:

تلفن نشانی محل سکونت والدین:

شماره تماس اضطراری:

نام و نام خانوادگی پذیرفته شده

تاریخ و امضاء

اینجانب دکتر که در رشته تخصصی
..... پذیرفته شده ام تعهد می‌دهم قبل از شروع آموزش دوره
دستیاری نسبت به تحویل تعهد محضری اقدام نمایم در غیر اینصورت از ادامه تحصیل ممانعت
بعمل می‌آید.

امضاء و تاریخ