

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیأت مرکزی گزینش دانشجو

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون دوره دستیاری گروه پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اهواز

تاریخ آزمون:

رشته قبولی دانشگاه (دستیاری):

سال ورود و سال فراغت از تحصیل:

رشته تحصیلی قبلی:

دانشگاه محل تحصیل (دوره عمومی):

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

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

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

۱- نام خانوادگی:

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

۲- نام:

محل صدور:

محل تولد:

تاریخ تولد:

شماره شناسنامه:

نام پدر:

وضعیت تأهل:

مذهب:

دین:

شماره ملی:

نام و نام خانوادگی قبلی:

تابعیت:

وضعیت خدمت وظیفه:

شغل و محل کار همسر:

نام و نام خانوادگی و میزان تحصیلات همسر:

آدرس محل زندگی والدین:

شغل مادر:

شغل پدر:

در صورتیکه پرسنل رسمی یکی از نیروهای انتظامی هستید نام نیرو و تاریخ شروع بکار را ذکر نمائید.

مسئول اجرایی پزشک عمومی خدمت کرده در مناطق محروم

مناطق محروم

داوطلب دستیاری: آزاد

اتباع خارجی

جانبازان بیش از ۷۰٪ و یا آزادگان بیش از ۲ سال سابقه اسارت در زمان دانشجویی

رزمندگان و ایثارگران

نام دانشگاههای محل تحصیل در صورت گذراندن دوره بصورت میهمان یا انتقال

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	میهمان یا انتقال
۱				
۲				

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی

نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	آدرس/شماره تماس
فعالیت شغلی				
گذراندن طرح				

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	نهاد یا ارگان اعزام کننده	محل خدمت
۱				
۲				

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی

ردیف	نام محل	استان	شهر	تاریخ شروع و خاتمه	نوع فعالیت	ارتباط
۱						
۲						
۳						

وابستگی درجه یک به خانواده شهید ☐ مفقود الاثر ☐ اسیر ☐ نام و نام خانوادگی ایشان:

نسبت فامیلی شما با وی: محل(شهادت/اسارت/مفقود شدن): زمان:

چنانچه مجروح یا جانباز می باشید: مجروح ☐ جانباز: ☐ آسیب دیدگی ☐ زمان و محل وقوع:

آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید؟ بله ☐ خیر ☐ (چنانچه عضو می باشید مدارک موجود باید ضمیمه پرونده گردد)

* مشخصات دو نفر افراد مورد اطمینانی که شما را کاملاً می شناسند (به غیر از پدر، مادر، خواهر، برادر و همسر) و دو نفر از دوستان زمان تحصیل که با شما آشنایی نزدیک داشته باشند و هیچ گونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند. به ترتیب ذکر نمائید.

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

آدرسهای محل سکونت به طور دقیق نوشته شود:

	استان	شهر	ادرس و تلفن
فعلی			
قبلی			

سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه پس از بازگشتی دانشگاهها یا هر گونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی:

	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱				
۲				

* چنانچه دارای وابستگی گروهکی می باشید با ذکر نوع فعالیت در یک سطر شرح دهید:.....

شماره تلفن همراه متقاضی: ۱- ۲- اینجانب داوطلب شرکت در آزمون
دستیاری دوره دانشگاه علوم پزشکی اهواز این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت. / تاریخ امضا:

از قبول شدگان دوره

فرزند

بدینوسیله اسامی معرفین اینجانب

به شرح ذیل حضورتان اعلام می گردد.

دانشگاه علوم پزشکی اهواز در رشته

۱- معرفین محل زندگی (به غیر از پدر، مادر، خواهر، برادر و همسر)			
ردیف	نام و نام خانوادگی	مسئولیت / شغل / نسبت	آدرس دقیق / شماره تماس
۱			
۲			
۳			
۲- معرفین زمان تحصیلی (اساتید)			
۱			
۲			
۳			
۳- معرفین محل طرح / محل کار / هم دوره گان زمان تحصیل			
۱			
۲			
۳			

نام و نام خانوادگی متقاضی:

امضاء:

تاریخ:

*در صورت هر گونه ابهام در فرم ها با شماره تلفن داخلی ۰۶۱۳۳۱۱۳۱۴۱ - ۰۶۱۳۳۷۳۸۱۸۲ تماس حاصل نمایید .

در رشته تقاضا دارم در صورت صلاحدید آن هسته تا انجام سیر مراحل گزینش موافقت مشروط اینجانب را به دانشکده اعلام نمایید و چنانچه به هر دلیل از دلایل از ادامه تحصیل اینجانب جلوگیری به عمل آمد حق هر گونه اعتراض را از خود سلب نموده و هسته تحقیق و نظر دهی مجاز می باشد مطابق قانون با اینجانب بر خورد نماید. /

تاریخ:

۵- در صورت شاغل بودن (رسمی ، پیمانی) کپی حکم کارگزینی یا فیش حقوقی با کارت شناسایی سازمان مربوطه