

## مدارک مورد نیاز جهت ثبت نام پذیرفته شدگان فوق تخصص و فلوشیپ

۱۴۰۳

ضمن عرض تبریک به پذیرفته شدگان به اطلاع می‌رساند ثبت نام در ۲ مرحله انجام می‌شود:

۱. ثبت نام اینترنتی توسط پذیرفته شده‌ی محترم از طریق سایت دانشگاه ([hamava.ajums.ac.ir](http://hamava.ajums.ac.ir)) از تاریخ ۱۴۰۳/۶/۱ لغایت ۱۴۰۳/۶/۹ و دریافت پرینت ثبت نام اینترنتی.

۲. ثبت نام حضوری با در دست داشتن پرینت ثبت نام اینترنتی (نیازی به کد رهگیری نیست) و مدارک ثبت نام به شرح ذیل، از تاریخ ۱۴۰۳/۶/۱۰ لغایت ۱۴۰۳/۶/۲۰ در این دانشگاه انجام خواهد شد.

- شناسنامه (کپی تمام صفحات شناسنامه و کارت ملی و نظام پزشکی)
- ۱۲ قطعه عکس پشت نویسی شده
- کپی کارت پایان خدمت نظام وظیفه و یا معافی خدمت
- مستندات مبنی بر اتمام خدمت وظیفه حداکثر تا تاریخ ۱۴۰۳/۶/۳۱ جهت داوطلبانی که مشغول خدمت می‌باشند.
- تصویر دانشنامه تخصصی
- تسویه حساب صندوق رفاه دانشجویان
- در صورت استفاده از هرگونه سهمیه، مدارک مربوط به احراز آن سهمیه
- ارائه موافقت نامه از سازمان مربوطه و حکم مأموریت آموزشی یا حکم مرخصی بدون حقوق جهت افرادی که استخدام ادارات و سازمان‌های دولتی می‌باشند (تصویر تعهد محضری سپرده به سازمان مربوطه)
- \* جهت دریافت فرمت تعهد محضری به [سایت دفتر حقوقی دانشگاه علوم پزشکی اهواز](#) مراجعه گردد\*
- اصل سند تعهد محضری
- تایید تعهد محضری توسط واحد امور حقوقی دانشگاه
- موافقت دانشگاه محل خدمت آن دسته از متقاضیانی که عنوان ماده یک قانون تامین هیأت علمی مشغول انجام خدمت وظیفه در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور بوده و تا تاریخ ۱۴۰۳/۶/۳۱ معادل مدت سربازی مصوب خود را خواهند گذراند (ارائه گواهی از سوی مرکز امور هیأت علمی)

- پرینت و تکمیل فرم‌های (۱ الی ۴)
- تصویر حکم استخدامی جهت کلیه مستخدمین
- ارائه حکم استادیاری (رسمی قطعی-رسمی آزمایشی-پیمانی) جهت اعضای هیأت علمی دانشگاه‌ها
- ارائه گواهی پایات تعهدات و بلامانع بودن شروع دوره از معاونت درمان وزارت متبوع
- نامه معاونت درمان مبنی بر تعطیلی مطب
- تکمیل فرم‌های گزینش و تحویل اصل فرم‌ها در زمان مراجعه حضوری به مسئول واحد گزینش
- واریز مبلغ ۳۰۰/۰۰۰ ریال بابت صدور کارت دانشجویی
- ثبت نام و شروع دوره بصورت مشروط است و ثبت نام قطعی منوط به تحویل سند تعهد محضری تأیید شده توسط مدیریت دفترا مور حقوقی دانشگاه می باشد.
- توجه:** تمام مدارک قید شده (بجز سند تعهد محضری) در سه نسخه تهیه گردد (جهت ارائه به گزینش و ستاد دانشگاه و دانشکده پزشکی)
- نکته:** تاریخ شروع به آموزش نامبردگان از تاریخ ۱۴۰۳/۷/۱ می باشد.

### فرم ثبت نام دوره های دستیاری تخصصی، فوق تخصصی، فلوشیپ، دندانپزشکی

شماره دستياری:		کد ملی:	
نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره شناسنامه:
محل تولد:	محل صدور:	تاریخ تولد:	جنسیت:
وضعیت تاهل:	ملیت:	دین:	تعداد فرزندان:
وضعیت نظام وظیفه:		وضعیت خدمات طرح نیروی انسانی:	
آخرین مقطع قبلی:	رشته:	تاریخ فراغت از تحصیل / / ۱۳ دانشگاه:	
رشته قبولی:	تاریخ آزمون:	مقطع قبولی فعلی:	
سهمیه ثبت نامی در آزمون: آزاد <input type="checkbox"/> کارکنان <input type="checkbox"/> مربیان <input type="checkbox"/> استعدادهای درخشان <input type="checkbox"/> مناطق محروم <input type="checkbox"/> خانواده شهدا <input type="checkbox"/> رزمندگان <input type="checkbox"/>			
وضعیت اشتغال: شاغل <input type="checkbox"/> غیر شاغل <input type="checkbox"/> در صورت اشتغال: رسمی <input type="checkbox"/> پیمانی <input type="checkbox"/>			
مجوز ادامه تحصیل: مأموریت آموزشی <input type="checkbox"/> مرخصی استحقاقی <input type="checkbox"/> مرخصی بدون حقوق <input type="checkbox"/> استعفاء <input type="checkbox"/>			
نوع سکونت: بومی <input type="checkbox"/> غیر بومی <input type="checkbox"/>		نشانی دائم و کدپستی:	
آدرس الکترونیکی:		تلفن ثابت:	تلفن همراه:
تلفن همسر:		شغل و محل کار همسر:	
تلفن والدین:			
اینجانب متعهد می شوم چنانچه اطلاعات وارده فوق خلاف واقع باشد طبق مقررات با اینجانب رفتار شود. امضاء:			

شماره ۲



بسمه تعالی

اینجانب ..... پذیرفته شده آزمون پذیرش دستیار فوق تخصص سال ۱۴۰۳ متعهد می گردم تا تاریخ ۱۴۰۳/۶/۳۱ فارغ التحصیل شوم و در غیر این صورت نسبت به کان لم یکن نمودن ثبت نام از طرف دانشگاه حق هر گونه اعتراض را از خود سلب نمایم.

نام و نام خانوادگی:

رشته قبولی:

تاریخ:

امضاء:

**فرم تعهد نامه عدم اشتغال به کار  
مخصوص افرادی که هیچگونه اشتغال ندارند**

اینجانب.....به شماره دانشجویی/ دستگیری ..... پذیرفته شده در سال  
تحصیلی ..... رشته ..... دانشگاه علوم پزشکی اهوازی اعلام می نمایم که در  
زمان ثبت نام و در طول تحصیل در این دانشگاه در هیچ سازمان و مؤسسه ای بصورت رسمی یا پیمانی مشغول  
به کار نمی باشم و در صورت خلاف این ادعا دانشگاه می تواند از ادامه تحصیل اینجانب جلوگیری بعمل آورد و  
حق هیچگونه اعتراضی را نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی :

امضاء :

تاریخ:

**فرم تعهد نامه ارائه مرخصی بدون حقوق /مأموریت آموزشی مخصوص افرادی که در یکی از  
دانشگاه ها یا ادارات دولتی مشغول به کار می باشد**

اینجانب ..... به شماره دانشجویی/دستیاری.....پذیرفته شده در  
سال تحصیلی .....در مقطع .....رشته.....

دانشگاه علوم پزشکی اهواز تعهد می نمایم با توجه به اشتغال بصورت رسمی  پیمانی  در سازمان/  
دانشگاه علوم پزشکی ..... حداکثر ظرف مدت ۲ ماه موافقت بدون قید و شرط محل کار  
مرخصی بدون حقوق یا مأموریت آموزشی خود را که برابر طول دوره ی آموزشی به مدت..... سال می  
باشد را جهت ادامه تحصیل از بالاترین مقام مسئول سازمان مذکور ارائه نمایم. در غیراینصورت این دانشگاه  
می تواند از ادامه تحصیل اینجانب جلوگیری بعمل آورد

نام و نام خانوادگی:

امضاء:

تاریخ: