

مشخصات شرکت کنندگان آزمون کارشناسی ارشد رشته های گروه پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اهواز

رشته قبولی (دوره کارشناسی ارشد): دانشگاه محل تحصیل (دوره کارشناسی):

رشته تحصیلی (دوره کارشناسی): سال ورود و سال فراغت از تحصیل:

رشته تحصیلی (دوره کاردانی): دانشگاه محل تحصیل: سال ورود و سال فراغت از تحصیل:

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

نام خانوادگی: نام: نام پدر: شماره شناسنامه: تاریخ تولد:

محل تولد: محل صدور: شماره ملی: مذهب: تابعیت:

وضعیت تأهل: وضعیت خدمت نظام وظیفه: نام و نام خانوادگی قبلی:

نام و نام خانوادگی و میزان تحصیلات همسر: شغل و محل کار همسر:

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

داوطلب استفاده از سهمیه:

آزاد ۵۰٪ مناطق محروم ۱۰٪ رزمندگان و ایثارگران ۲۰٪ کارکنان وزارت بهداشت و درمان ۲۰٪

نام دانشگاههای محل تحصیل در صورت گذراندن دوره به صورت میهمان یا انتقال در صورت شرکت در آزمون کارشناسی ارشد دوره

های قبل جدول زیر را تکمیل نمایید.

منفی	مثبت	نتیجه مرحله اول آزمون
		نتیجه مرحله دوم
		نتیجه گزینش عمومی

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	میهمان یا انتقال

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی

نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	ادرس دقیق

فعالیت شغلی

گذراندن طرح

حضور در جبهه و یا خدمت سربازی : آیا نام شما در لیست اضطراری ستاد رسیدگی به وضع مصدومین و مجروحین جنگ وجود دارد؟

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	موظف	داوطلب	محل خدمت
۱					
۲					
۳					

همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی

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

وابستگی درجه یک به خانواده شهید: مفقود الاثر: آزاده

نام و نام خانوادگی ایشان: نسبت فامیلی شما با وی:

محل و زمان (شهادت/اسارت/مفقود شدن):

مشخصات ۴ نفر از افراد مورد اطمینانی (به غیر از پدر ، مادر ، خواهر و برادر) که شما را کاملاً می شناسند به ترتیب ذکر نمائید.:

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

آدرسهای محل سکونت به طور دقیق نوشته شود:

	استان	شهر	ادرس / تلفن
فعلی			
قبلی			

سابقه کیفی در داگاه و یا سابقه در کمیته انضباطی در دوران تحصیل:

	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱				
۲				

چنانچه وابستگی گروهکی داشته اید با ذکر نوع فعالیت در یک سطح شرح دهید:.....

شماره همراه متقاضی: ۱- شماره همراه والدین: ۲-

اینجانب متعهد می گردم که بند های مذکور در این فرم را بدون اشتباه و بر اساس مدارک تکمیل نموده و

در صورت وجود هر گونه مغایرت و یا عدم صحت مندرجات فوق ، مسئولیت کلیه عواقب آن بر عهده اینجانب خواهد بود. /

امضاء:

تاریخ تنظیم فرم:

بدینوسیله اسامی معرفین اینجانب

فرزند

از قبول شدگان دوره کارشناسی ارشد

دانشگاه علوم پزشکی اهواز در رشته

به شرح ذیل حضورتان اعلام می گردد. /

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

نام و نام خانوادگی متقاضی:

امضاء:

تاریخ:

مدارک لازم جهت تحویل به واحد گزینش دانشجویان

۱- کپی شناسنامه

* در صورت جدید بودن شناسنامه صفحه اول و توضیحات در غیر اینصورت تمامی صفحات

۲- کپی کارت ملی

۳- کپی آخرین مدرک تحصیلی یا پروانه مطب یا فرم تسویه حساب

۴- سه قطعه عکس ۳*۴

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

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