

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیأت مرکزی گزینش دانشجوی

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

رشته قبولی دوره فوق تخصص:

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

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

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

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

۱- نام خانوادگی:

۲- نام:

نام پدر: شماره شناسنامه: تاریخ تولد: محل تولد: محل صدور:

شماره ملی: دین: مذهب: وضعیت تأهل:

وضعیت خدمت و وظیفه: تابعیت: نام و نام خانوادگی قبلی:

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

شغل پدر: شغل مادر: آدرس محل زندگی والدین:

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

داوطلب دستیاری: آزاد مناطق محروم مسئول اجرایی پزشکی عمومی خدمت کرده در مناطق محروم

رزمندگان و ایثارگران جانبازان بیش از ۷۰٪ و یا آزادگان بیش از ۲ سال سابقه اسارت در زمان دانشجویی اتباع خارجی

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	ادرس / شماره تماس
فعالیت های شغلی				
فعالیت های شغلی				
دوره 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	آدرس و تلفن
فعلی			
قبلی			

سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه پس از بازگشائی 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 فوق تخصص 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:

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

اینجانب

فرزند

از پذیرفته شدگان آزمون دستیاری فوق تخصص

پزشکی در رشته

تقاضا دارم در صورت صلاحدید آن هسته تا انجام

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 نظردهی مجاز می باشد مطابق قانون با اینجانب بر خورد نماید./

نام و نام خانوادگی:

امضاء

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