

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

رشته قبولی در دانشگاه (دستیاری):

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

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:

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 مستقیم ده درصد

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 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					

آدرس 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 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 دندانپزشکی 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 معرفی اینجانب

به شرح ذیل حضورتان اعلام می گردد.

دانشگاه علوم پزشکی اهواز در رشته

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

نام و نام خانوادگی:

امضاء:

تاریخ:

* لازم به ذکر است قبل از بارگذاری فرم ها در سایت (سما) حتما عکس خود را الصاق نموده سپس فرم ها را آپلود نمایید .

* لطفا فرم ها را با کیفیت بالا اسکن و بارگذاری نمایید .

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



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- کیے 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 با کارت شناسایی سازمان مربوطه