



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیأت مرکزی گزینش دانشجو

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون دوره دکتری تخصصی (PhD)

رشته قبولی دوره (PhD):

دانشگاه محل تحصیل (کارشناسی ارشد) : رشته: سال ورود و سال فراغت از تحصیل

دانشگاه محل تحصیل (کارشناسی): رشته: سال ورود و سال فراغت از تحصیل:

دانشگاه محل تحصیل (کاردانی): رشته: 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 فرماید.

۱- نام خانوادگی:

۲- نام:

شماره شناسنامه:

نام پدر:

تاریخ تولد:

محل تولد:

محل صدور:

شماره ملی:

دین:

مذهب:

وضعیت تأهل:

وضعیت خدمت 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 نمایید.....

داوطلب استفاده از سهمیه : آزاد

مربیان و کارکنان وزارت بهداشت و درمان

رزمندگان و ایثارگران

یزشک

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 دقیق

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 چهار نفر افراد مورد اطمینانی که به لحاظ اخلاقی شناخت جامعی از شما داشته باشند (معرفان در صورت امکان شاغل در بخش های دولتی، دانشگاهی یا حوزوی بوده و از بستگان درجه یک شما نباشند) به ترتیب ذکر نمایند.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	نحوه آشنایی / نسبت	تلفن همراه / محل کار
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 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 متقاضی جهت تماس: ۱-..... ۲-..... اینجانب..... داوطلب شرکت در

آزمون دوره دکترای تخصصی (PhD)..... دانشگاه علوم پزشکی اهواز این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت

مندرجات را به عهده گرفته در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت. / تاریخ امضا:

بدینوسیله اسامی معرفین اینجانب

فرزند

از قبول شدگان دوره

دانشگاه علوم پزشکی اهواز در رشته

به شرح ذیل حضورتان اعلام می گردد./

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

نام و نام خانوادگی متقاضی :

امضاء:

تاریخ:

اینجانب فرزند از پذیرفته شدگان آزمون دکتری PhD

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. /

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