بسمه تعالی

محل

الصاق

عکس

در این قسمت چیزی ننویسید **وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**

|  |
| --- |
|  |

**هیئت مرکزی گزینش دانشجو**

فرم مشخصات دانشجویان تحصیلات تکمیلی

**دانشگاه علوم پزشکی اردبیل تاریخ آزمون: رشته قبولی:**

**تذکر1: چنانچه این فرم ناقص تکمیل گرددبه آن ترتیب اثر داده نخواهد شد.**

**تذکر2: قسمتهایی که جواب ندارد با خط تیره مشخص فرمائید.**

**نام:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نام خانوادگی:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**شماره شناسنامه: کد ملی: نام پدر: تاریخ تولد:**

**محل تولد: دین: مذهب: تابعیت: نام و نام خانوادگی قبلی:**

**شغل پدر: شغل مادر: آدرس محل زندگی والدین:**

**وضعیت تاهل: نام و نام خانوادگی همسر: شغل و محل کار همسر :**

**سهمیه قبولی:**

**وضعیت خدمت وظیفه: انجام داده­ام 🞎 انجام نداده­ام🞎 معاف هستم­🞎 مشغول انجام هستم🞎**

**درصورتیکه پرسنل رسمی یکی از نیروهای نظامی،انتظامی هستید نام نیرو و تاریخ شروع به کار را ذکر نمائید:**

**دانشگاههای محل تحصیل:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **مقطع تحصیلی** | **رشته تحصیلی** | **دانشگاه محل تحصیل** | **شهر محل تحصیل** | **تاریخ شروع** | **تاریخ پایان** |
| **1** | **کاردانی** |  |  |  |  |  |
| **2** | **کارشناسی** |  |  |  |  |  |
| **3** | **کارشناسی ارشد** |  |  |  |  |  |
| **4** | **پزشکی عمومی یا Ph.D** |  |  |  |  |  |

**دانشگاههای محل تحصیل در صورت گذراندن دوره به صورت میهمان یا انتقال:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام دانشگاه** | **تاریخ شروع** | **تاریخ پایان** | **مهمان یا انتقال** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |

**وضعیت اشتغال خدمت قبلی، فعلی و تعهدات قانونی:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام محل کار** | **مسئولیت** | **تاریخ شروع** | **تاریخ پایان** | **نوع استخدام** | **آدرس دقیق و تلفن** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |

**سابقه حضور داوطلبانه در جبهه:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ شروع** | **تاریخ خاتمه** | **نهاد یا ارگان اعزام کننده** | **محل خدمت** |
|  |  |  |  |

**سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام محل** | **استان** | **شهر** | **تاریخ شروع** | **تاریخ خاتمه** | **نوع فعالیت** | **ارتباط** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**مشخصات دو نفر از اساتید که شما را کاملامی شناسند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند را ذکر نمائید:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **شغل** | **مدت آشنایی** | **نحوه آشنایی** | **آدرس و تلفن** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |

**مشخصات دو نفر از کارشناسان محل تحصیل که شما را کاملامی شناسند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند را ذکر نمائید:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **شغل** | **مدت آشنایی** | **نحوه آشنایی** | **آدرس و تلفن** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |

**آدرس محل سکونت بطور دقیق نوشته شود:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **استان** | **شهر** | **آدرس پستی** | **تاریخ شروع** | **تاریخ خاتمه** |
| **فعلی** |  |  |  |  |  |
| **قبلی** |  |  |  |  |  |

**سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه پس از بازگشایی دانشگاهها یا هر گونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نوع سابقه** | **تاریخ وقوع** | **نوع حکم** | **محل صدور حکم** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |

**وابستگیدرجه 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 🞎 نوع آسیب دیدگی، زمان و محل وقوع:**

**آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید: بله 🞎 خیر 🞎**

**چنانچه دارای وابستگی گروهکی می باشید با ذکر نوع فعالیت در یک سطر شرح دهید:**

|  |
| --- |
| **اینجانب : داوطلب شرکت در آزمون: دانشگاه علوم پزشکی : این فرم را درتاریخ: صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته و درصورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون نخواهم داشت.**  **شماره تلفن ثابت و همراه جهت تماس: امضاء** |