

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون فوق تخصص پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تاریخ آزمون رشته قبولی دوره فوق تخصص

دانشگاه محل تحصیل مقطع تخصص رشته تحصیلی از سال لغایت سال

(چنانچه فارغ التحصیل دانشگاه آزاد میباشید نام واحد دانشگاهی را ذکر نمائید)

تذکره 1: چنانچه این فرم ناقص تکمیل گردد به آن ترتیب اثر داده نخواهد شد .

تذکره 2: قسمتهایی که جواب ندارد را با خط تیره مشخص فرمائید .

تذکره 3: مدارکی که باید پیوست شود : دو قطعه عکس ، تصویر صفحات شناسنامه و کارت ملی

نام :

نام خانوادگی :

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

محل تولد : دین : مذهب : وضعیت تأهل : وضعیت خدمت و وظیفه :

تابعیت : نام و نام خانوادگی قبلی :

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

شغل پدر : شغل مادر :

آدرس محل زندگی والدین :

متقاضی استفاده از سهمیه : آزاد مناطق محروم رزمندگان و ایثارگران اتباع غیر ایرانی استعداد درخشان بورسیه نیروهای مسلح

نام دانشگاههای محل تحصیل به صورت مهمان یا انتقالی :

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	مهمان یا انتقال
1				
2				

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی :

نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	آدرس دقیق و تلفن

داوطلب گرامی در صورتی که در استخدام رسمی نیروهای نظامی، انتظامی و یا دوایر دولتی می باشید آخرین حکم کارگزینی
مهور به اصل مهر کارگزینی را ضمیمه فرم نمائید .

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه :

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	نهاد یا ارگان اعزام کننده	محل خدمت
1				
2				

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهاد های دولتی :

ردیف	نام محل	استان	شهر	تاریخ شروع و خاتمه	نوع فعالیت	ارتباط
1						
2						

وابستگی درجه یک خانواده شهید مقنود الاثر اسپر نام و نام خانوادگی ایشان نسبت فامیلی شما با وی
 محل شهادت (شهادت/اسارت/مقنود الاثر شدن) زمان چنانچه جانباز می باشد درصد آن را بنویسید
 آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید: بل خیر

مشخصات 3 نفر از افراد مورد اطمینانی که شما را کاملاً می شناسند و هیچگونه نسبت فامیلی با شما نداشته باشند به ترتیب ذکر نمایید :

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	نحوه آشنایی	تلفن
1					
2					
3					

نام 3 نفر از اساتید دانشگاه محل تحصیل که شما را می شناسند ذکر نمایید :

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	دانشکده یا بیمارستان	آدرس
1				
2				
3				

آدرسهای محل سکونت به طور دقیق نوشته شود :

	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه اقامت	تلفن
فعلی					
قبلی					

سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه پس از بازگشائی دانشگاهها یا هرگونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی :

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
1				
2				

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

.....

شماره تلفن ضروری جهت تماس : همراه : e-mail.....

اینجانب داوطلب شرکت در آزمون فوق تخصص سال دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته و در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراض در نتیجه آزمون را نخواهم داشت.

تاریخ تنظیم فرم و امضاء