

بِسْمِ تَعَالَى

محل الصاق عکس

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیات مرکزی گزینش دانشجو

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون دوره فوق تخصص گروه پزشکی

رشته پذیرفته شده :

الف: تاریخ آزمون

ب: دانشگاه محل تحصیل دوره تخصص: رشته تحصیلی دوره تخصص: سال ورود: سال فارغ التحصیلی:

پ: دانشگاه محل تحصیل دوره عمومی: سال ورود: سال فارغ التحصیلی:

مهم: دانشجویان فارغ التحصیل دانشگاه آزاد اسلامی نام واحد دانشگاهی خود را ذکر نمایند.

نام خانوادگی:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نام:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

محل تولد: صادره: دین: مذهب: وضعیت تاهل: تابعیت:

وضعیت خدمت و وظیفه: 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:

ت: چنانچه پرسنل رسمی نیروهای نظامی، انتظامی و یا دوایر دولتی می باشید ذکر نمایید.....

ث: داوطلب دستیاری آزاد  هیئت علمی پیمانی  هیئت علمی آزمایشی رسمی

ج: نام بیمارستانهای محل گذراندن دوره تخصص:

ردیف	نام بیمارستان	تاریخ شروع	تاریخ پایان
۱			
۲			

ج: وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی

نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام (رسمی، پیمانی و...)	آدرس دقیق و تلفن

کارکنان رسمی دولت و پرسنل رسمی نیروهای نظامی و انتظامی لازم است تصویر حکم کارگزینی خود را ضمیمه نمایند.

ح: سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی

ردیف	نام محل	استان	شهر	تاریخ شروع و خاتمه	نوع فعالیت	ارتباط
۱						
۲						

خ: وابستگی درجه یک به خانواده شهید  مفقود الاثر  اسیر  نام و نام خانوادگی ایشان:

نسبت شما با وی ..... محل شهادت - اسارت - مفقود شدن

زمان:

چنانچه مجروح یا جانباز می باشید: مجروح  جانباز  درصد جانبازی

آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید: بله  خیر

د: نام سه نفر از اساتید دانشگاه محل تحصیل که شما را می شناسند ذکر نمایید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	دانشکده یا بیمارستان	گروه آموزشی	تلفن همراه
۱					
۲					
۳					

د: مشخصات ۲ نفر از افراد مورد اطمینانی که شما را کاملاً می شناسند و ترجیحاً از افراد شناخته شده باشند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند به ترتیب ذکر نمایید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	نحوه آشنایی	تلفن
۱					
۲					

ر: آدرسهای محل سکونت خود را در مدت ده سال گذشته به طور دقیق بنویسید:

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

ز: سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه یا هرگونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱				

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

.....

ش: شماره تلفن های ضروری خود را جهت تماس فوری در جدول ذیل را به ترتیب مرقوم نمایید.

تلفن ثابت به همراه کد شهرستان
تلفن همراه داوطلب
تلفن همراه بستگان نزدیک

اینجانب داوطلب شرکت در آزمون فوق تخصص ورودی سال دوره دانشگاه علوم پزشکی ایران، این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسولیت صحت منرجات را بعهده گرفته و در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت.

مهر نظام پزشکی

تاریخ تکمیل فرم..... امضاء