

سابقه همکاری با ارگانه‌های انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی:

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

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 درصد جانبازی:

آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید: بله خیر

مشخصات دو نفر از افراد مورد اطمینانی که شما را کاملاً می‌شناسند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند را به

ترتیب ذکر نمایید:

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

نام سه نفر از اساتید دانشگاه محل تحصیل که شما را می‌شناسند ذکر نمایید.

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

آدرسهای محل سکونت به طور دقیق نوشته شود:

	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه اقامت
فعلی				
قبلی				

سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه پس از بازگشایی دانشگاهها یا هرگونه توبیخ کتبی و شفاهی در

کمیته انضباطی:

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱				
۲				

شماره تلفن ضروری جهت تماس:

تلفن ثابت با کد شهرستان
تلفن همراه داوطلب
تلفن همراه بستگان نزدیک با ذکر نسبت فامیلی

اینجانب داوطلب شرکت در آزمون mph سال دانشگاه علوم پزشکی ایران این فرم

را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق

هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت.

امضاء

تاریخ تکمیل فرم