

محل الصاق

عکس

۳×۴

بسمه تعالی

برگ مشخصات مربوط به بررسی صلاحیت عمومی دستگیری تخصصی بالینی  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
رشته های گروه پزشکی، سال تحصیلی ... - ...

مقطع تحصیلی فعلی :	رشته تحصیلی فعلی :
سال ورود به تحصیل :	دانشگاه فعلی محل تحصیل :

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

\* نام خانوادگی : نام : نام پدر : شماره شناسنامه : .....

\* شماره ملی : تاریخ تولد : .....

\* وضعیت تأهل : وضعیت خدمت نظام وظیفه : نام و نام خانوادگی قبلی : .....

\* نام و نام خانوادگی و میزان تحصیلات همسر : .....

\* شغل و محل کار همسر : .....

\* در صورتیکه پرسنل رسمی یکی از نیروهای نظامی هستید نام نیرو و تاریخ شروع به کار را ذکر نمایید :

.....

\* داوطلب استفاده از سهمیه :

آزاد ۵۰٪  مناطق محروم ۱۰٪  رزمندگان و ایثارگران ۲۰٪  کارکنان وزارت بهداشت و درمان ۲۰٪

\* نام دانشگاههای محل تحصیل در مقاطع قبلی

ردیف	نام دانشگاه	مقطع	رشته	تاریخ شروع	تاریخ پایان	نشانی دانشگاه
۱						
۲						
۳						

\* در صورت شرکت در آزمون دستگیری تخصصی دوره های قبل جدول زیر را تکمیل نمایید.

مثبت منفی

نتیجه مرحله اول آزمون	مثبت	منفی
نتیجه مرحله دوم آزمون		
نتیجه مرحله سوم آزمون		

\* وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی

نام محل کار	نوع استخدام	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نشانی و تلفن
				فعالیت فعلی
				فعالیت خارج از مرکز

\* حضور در جبهه و یا خدمت سربازی : آیا نام شما در لیست اضطراری ستاد رسیدگی به وضع مصدومین و مجروحین جنگ وجود دارد

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	موظف	داوطلب	محل خدمت
۱					
۲					
۳					

\* سابقه همکاری با ارگانهای 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  آزاده

\* نام و نام خانوادگی ایشان : .....

\* محل و زمان ( شهادت / اسارت / مفقود شدن ) : .....

\* مشخصات ۴ نفر از افرادی که شما را کاملاً شناخته و قابل دسترس می باشند ذکر نمایند .

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	نشانی و تلفن
۱				
۲				
۳				
۴				

\* نشانی محل سکونت بطور دقیق نوشته شود :

ردیف	استان	شهر	نشانی پستی	تاریخ شروع و خاتمه	تلفن
فعلی					
قبلی					

\* سابقه کیفری در دادگاه و یا سابقه در کمیته انضباطی در دوران تحصیل :

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

\* چنانچه وابستگی گروهکی داشته اید یا ذکر نوع فعالیت در یک سطر شرح دهید :

شماره تلفن ضروری جهت تماس : ۱- ..... ۲- ..... ۳- .....

اینجانب ..... متعهد می گردم که بندهای مذکور در این فرم را بدون اشتباه و براساس مدارک تکمیل نموده و در صورت وجود هر گونه مغایرت و یا عدم صحت مندرجات فوق ، مسئولیت کلیه عواقب آن برعهده اینجانب خواهد بود .

نام و نام خانوادگی تاریخ تنظیم :

امضاء