

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 مقفود الاثر اسیر نام و نام خانوادگی ایشان:

نسبت شما با وی محل شهادت - اسارت - مقفود شدن زمان:

چنانچه مجروح یا جانباز می باشید: مجروح جانباز درصد جانبازی

آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید: بله خیر

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					

مشخصات ۳ 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					
۳					

آدرسهای محل سکونت به طور دقیق نوشته شود:

	استان	شهر	آدرس و کد پستی	شروع و خاتمه اقامت	تلفن
فصلی					
قلمی					

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				

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

شماره تلفن ضروری جهت تماس:

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

اینجانب داوطلب شرکت در آزمون کارشناسی ارشد سال دانشگاه علوم پزشکی

شاهرود این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته و در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت.

تاریخ تکمیل فرم..... امضاء