



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هئیت مرکزی گزینش دانشجو

محل الصاق عكس

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

تاریخ آزمون..... رشته قبولی دوره کارشناسی ارشد.....

..... رشته تحصیلی از سال لغایت سال

(چنانچه فارغ التحصیل دانشگاه آزاد و یا دانشگاه پیام نور می باشید نام واحد دانشگاهی را ذکر نمایید)

تذکره ۱: چنانچه این فرم ناقص تکمیل گردد به آن ترتیب اثر داده نخواهد شد.

تذکره ۲: قسمت هایی که جواب ندارد را با خط تیره مشخص فرمائید.

تذکره ۳: مدارکی که باید پیوست شود: دو قطعه عکس، تصویر صفحات شناسنامه و کارت ملی

نام:

[illegible]

نام خانوادگی:

[illegible]

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

.....

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:

مقتضای استفاده از سهمیه: آزاد ☐ مناطق محروم ☐ رزمندگان و ایثارگران ☐ مربیان هیات علمی ☐ ۱. تبعاع غیر ایرانی ☐ بورسیه نیروهای مسلح ☐

نام دانشگاه های محل تحصیل به صورت مهمان یا انتقالی :

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	مهمان یا انتقال
۱				
۲				

وضعية اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی:

ضریب اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی:					
نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	آدرس دقیق و تلفن	
					فعالیت فعلی
					طرح خارج از مرکز

داوطلب گرامی در صورتی که در استخدام رسمی نیروهای نظامی، انتظامی و یا دوایر دولتی می باشید آخرین حکم کارگزینی مملور 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
۱				
۲				

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 خانواده شهید ☐ مفقودالثر ☐ اسیر ☐ نام و نام خانوادگی ایشان: نسبت فامیلی شما با وی:

محل شهادت (شهادت/اسارت/مفقودالثر شدن): چنانچه جانباز می باشد درصد آن را بنویسید:

آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید: ☐ بله ☐ خیر

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

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	نحوه آشنایی	تلفن
۱					
۲					
۳					

نام ۳ نفر از اساتید دانشگاه محل تحصیل که شما را می شناسند ذکر نمایید:

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

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 دانشگاه ها یا هر گونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی:

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

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 کارشناسی سال: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود 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 اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت.

تاریخ تنظیم فرم و امضاء