

فرم شماره ۴

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید.

محل الصاق
عکس
۳×۴

بسمه تعالی

برگ مشخصات مربوط به بررسی صلاحیت عمومی داوطلبان آزمون کارشناسی ارشد ناپیوسته

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 نمائید :

.....

* 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 کارشناسی ارشد ناپیوسته دوره های قبل جدول زیر را تکمیل نمائید.

مثبت منفی

نتیجه مرحله اول آزمون		
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 نمائید .

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