*بسمه تعالی*

محل الصاق

عکس

4\*3

وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی

هیات مرکزی گزینش دانشجو

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون ..............................................................................................

**تاریخ آزمون: رشته پذیرفته شده:**

**دانشگاه محل تحصیل مقطع قبلی: رشته تحصیلی مقطع قبلی: سال ورود و سال فراغت از تحصیل:**

**تذکر1: چنانچه این فرم ناقص تکمیل گردد به آن ترتیب اثر داده نخواهد شد.**

**تذکر2: قسمتهایی که جواب ندارد با خط تیره مشخص فرمائید.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نام خانوادگی:**

**نام:**

**شماره شناسنامه: نام پدر: تاریخ و محل تولد:**

**دین: مذهب: وضعیت تاهل: مجرد متاهل**

**وضعیت خدمت وظیفه: تابعیت: نام و نام خانوادگی قبلی:**

**نام ونام خانوادگی و میزان تحصیلات همسر:**

**شغل و محل کار همسر:**

**شغل پدر: شغل مادر:**

**آدرس محل زندگی والدین:**

**در صورتی که پرسنل رسمی یکی از نیروهای نظامی و انتظامی هستید نام نیرو و تاریخ شروع بکار را ذکر نمائید:**

**داوطلب دستیاری: آزاد مناطق محروم مسئول اجرایی، پزشک عمومی، خدمت کرده در مناطق محروم**

**رزمندگان و ایثارگران جانبازان بیش از 70% و یا آزادگان بیش از 2 سال سابقه اسارت در زمان دانشجویی اتباع خارجی**

**نام دانشگاههای محل تحصیل در صورت گذراندن دوره بصورت میهمان یا انتقال:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام دانشگاه** | **تاریخ شروع** | **تاریخ پایان** | **میهمان یا انتقال** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |

**وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **فعالیت** | **نام محل کار** | **مسئولیت** | **تاریخ شروع و خاتمه** | **نوع استخدام** | **آدرس دقیق و تلفن** |
| **فعالیت فعلی** |  |  |  |  |  |
| **طرح خارج از مرکز** |  |  |  |  |  |

**تذکرات: 1. دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی می بایست نام واحد دانشگاهی خود را نیز مشخص فرمایند. واحد دانشگاهی**

**2. به جز الصاق عکس ارائه 2 قطعه عکس دیگر الزامی است.**

**سابقه حضور داوطلبانه در جبهه**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **تاریخ شروع** | **تاریخ خاتمه** | **نهاد یا ارگان اعزام کننده** | **محل خدمت** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |

**سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام محل** | **استان** | **شهر** | **تاریخ شروع و خاتمه** | **نوع فعالیت** | **نوع ارتباط** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |

**وابستگی درجه یک به خانواده شهید مفقودالاثر اسیر نام و نام خانوادگی ایشان:**

**نسبت فامیلی شما با وی: محل (شهادت/اسارت/مفقود شدن)**

**چنانچه مجروح یا جانباز می باشید: مجروح جانباز نوع آسیب دیدگی زمان و محل وقوع:**

**آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشند: بلی خیر**

**مشخصات دونفر افراد مورد اطمینانی که شما را کاملاً می شناسند.**

**دو نفر از دوستان زمان تحصیل که با شما آشنائی نزدیک داشته باشندو هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند به ترتیب ذکر نمایید.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **شغل** | **مدت آشنایی** | **نحوه آشنایی** | **آدرس و تلفن** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |

**آدرسهای محل سکونت بطور دقیق نوشته شود:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **آدرس** | **استان** | **شهر** | **آدرس پستی** | **تاریخ شروع و خاتمه اقامت** |
| **فعلی** |  |  |  |  |
| **قبلی** |  |  |  |  |

**سابقه محکومیت کیفری 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** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |

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

**شماره تلفن ضروری جهت تماس: شماره تماس اول.........................................................................شماره تماس دوم....................................................**

**اینجانب داوطلب شرکت در آزمون**

**این فرم را در تاریخ صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته و در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق**

**هیچگونه اعتراضی نسبت به نتیجه بررسی صلاحیت عمومی خود را نخواهم داشت.**

**امضاءو تاریخ**