

**لطفا در این قسمت چیزی ننویسید** بسمه تعالی

  **وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی**

 **هیات مرکزی گزینش دانشجو**

 **دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ، درمانی یاسوج**

فرم شماره 2

مشخصات شرکت کنندگان آزمون کارشناسی ارشد و دستیاری تخصصی بالینی

رشته های گروه پزشکی ، سال تحصیلی

رشته امتحانی ( دوره کارشناسی ارشد ) : ......................... دانشگاه محل تحصیل ( دوره کارشناسی ) : ..............................

رشته تحصیلی ( دوره کارشناسی ) : .................................................... سال ورود و فراغت از تحصیل : .................................. الی : ..........................

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

نام خانوادگی ......................................... نام ............................ نام پدر ................................................................ شماره شناسنامه .......................................

محل صدور : ...................................... تاریخ تولد .................................... مذهب .................................... تابعیت ..................................................................

وضعیت تاهل ................................. 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 انتظامی هستید نام نیرو و تاریخ شروع به کار را ذکر نمائید

داوطلب استفاده از سهمیه :

آزاد 50 % مناطق محروم 10 % رزمندگان و ایثارگران 20 % کارکنان وزارت بهداشت و درمان 20 %

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

نام دانشگاههای محل تحصیل در صورت گذراندن در صورت گذراندن شرکت در آزمون کارشناسی ارشد

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام دانشگاه | تاریخ شروع | تاریخ پایان | میهمان یا انتقال |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

دوره به صورت میهمان یا انتقال دوره های قبل جدول زیر را تکمیل نمایید

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نتیجه مرحله اول آزمون |  |  |
| نتیجه مرحله دوم آزمون |  |  |
| نتیجه گزینش عمومی |  |  |

 مثبت منفی

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | تاریخ شروع | تاریخ خاتمه | موظف | داوطلب | 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 | ارتباط |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |

وابستگی درجه یک به خانواده شهید مفقودالثر آزاده

نام و نام خانوادگی ایشان نسبت فامیلی شما با وی

محل و زمان ( شهادت /اسارت /مفقود شدن )

مسخصات 4 نفر از افراد مورد اطمینانی که شما را کاملاً می شناسند به ترتیب ذکر نمائید :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| رذیف | نام و نام خانوادگی | شغل | مدت آشنایی | آدرس و تلفن |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

آدرسهای محل سکونت بطور دقیق نوشته شود :

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| رذیف | نوع سابقه | تاریخ وقوع | نوع حکم | محل صدور حکم |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

چنانچه وابستگی گروهکی داشته اید با ذکر نوع فعالیت در یک سطر شرح دهید :

شماره تلفن ضروری جهت تماس 1 – 2 - 3 -

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

تاریخ تنظیم فرم امضاء ......................................