

محل الصاق

عکس ۳×۴

بسمه تعالی

فرم شماره (۲)

برگ مشخصات مربوط به بررسی صلاحیت عمومی داوطلبان آزمون کارشناسی ارشد
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
رشته های گروه پزشکی، سال تحصیلی

دانشگاه محل تحصیل دوره کارشناسی:	رشته تحصیلی دوره کارشناسی:
سال ورود و فراغت از تحصیل:	رشته امتحانی دوره کارشناسی ارشد:

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

نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه:

محل صدور: تاریخ تولد: مذهب: تابعیت:

وضعیت تاهل: وضعیت خدمت نظام وظیفه: نام و نام خانوادگی:

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 بکار 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 صورت گذراندن دوره به صورت میهمان یا انتقال

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

در صورت شرکت در آزمون کارشناسی ارشد دوره های قبل جدول زیر را تکمیل نمایید.

نتیجه مرحله اول آزمون	
نتیجه مرحله دوم آزمون	
نتیجه نهائی آزمون	

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 اضطراری ستاد رسیدگی به وضع مصدومین و مجروحین جنگ وجود دارد؟

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	موظف	داوطلب	محل خدمت
۱					

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 ☐ مفقودالثر ☐ آزاده ☐

نام و نام خانوادگی ایشان نسبت فامیلی شما باوی

محل و زمان (شهادت/اسارت/مفقودشدن)

مشخصات ۴ نفر از افرادی که شما را کاملاً شناخته و قابل دسترسی می باشند ذکر نمائید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	آدرس و تلفن
۱				
۲				
۳				
۴				

آدرس محل سکونت بطور دقیق نوشته شود:

	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه	تلفن
فعالی					
قبلی					

سابقه کیفی 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 گروهی داشته اید با ذکر نوع فعالیت در یک سطر شرح دهید؟

۳-

۲-

شماره تلفن ضروری جهت تماس: ۱-

شرح حال مختصری از زندگی (الزامیست) :

اینجانب..... متعهد میگردم که بندهای مذکور در این فرم را بدون اشتباه و براساس مدارک تکمیل نموده و در صورت وجود هرگونه مغایرت و یا عدم صحت مندرجات فوق، مسئولیت کلیه عواقب آن برعهده اینجانب خواهد بود.

تاریخ تنظیم

امضاء