

فرم شماره ۲

بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیات مرکزی گزینش دانشجو

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون دستیاری سال

گروه دندانپزشکی

تاریخ آزمون رشته پذیرفته شده : مقطع رشته و مقطع دانشگاه محل تحصیل مقطع

قبلی : رشته تحصیلی : سال ورود : سال فارغ التحصیل :

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

تذکر ۲ : قسمتهایی که جواب ندارد با خط تیره مشخص گردد.

تذکر ۳ : مدارکی که باید پیوست شود : دو قطعه عکس، تصویر صفحات شناسنامه و کارت ملی، افرادی که در استخدام

رسمی دولت یا نیروهای نظامی و انتظامی می باشند یک نسخه از حکم استخدامی ممهور به مهر کارگزینی محل خدمت

نام خانوادگی :

نام :

کد ملی شماره شناسنامه نام پدر تاریخ تولد

..... محل تولد دین مذهب وضعیت تاهل

وضعیت خدمت و وظیفه 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 :

متقاضی استفاده از سهمیه : آزاد : مریبان هیات علمی : رزمندگان و ایثارگران :

نام دانشگاههای محل تحصیل به صورت مهمان یا انتقالی :

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	میهمان یا انتقال
۱				
۲				
۳				

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی :

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

*کارکنان رسمی دولت و پرسنل رسمی نیروهای انتظامی لازم است تصویر حکم کارگزینی خود را ضمیمه نمایند.

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه :

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	نهاد یا ارگان اعزام کننده	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

وابستگی درجه یک به خانواده شهید مفقودالثر آزاده نام و نام خانوادگی ایشان

نسبت فامیلی شما با وی محل شهادت - اسارت - مفقود شدن زمان

چنانچه مجروح یا جانباز می باشید درصد آنرا بنویسید:.....

آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید بله خیر

مشخصات ۳ نفر از افراد مورد اطمینان که شما را کاملا می شناسند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند به ترتیب ذکر نمایید.

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

نام ۳ نفر از اساتید دانشگاه محل تحصیل که شما را می شناسند ذکر نمائید.

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

آدرسهای محل سکونت به طور دقیق نوشته شود :

	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه اقامت	تلفن و آدرس
فعلی					
قبلی					

سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت در دانشگاه پس از بازگشایی دانشگاهها 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 نوع فعالیت در یک سطر شرح دهید

شماره تلفن ضروری جهت تماس همراه E-MAIL:.....

اینجانب داوطلب شرکت در آزمون دستیاری سال دانشگاه

علوم پزشکی بابل این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت مندرجات را بعهده گرفته در صورت اثبات خلاف

مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون نخواهم داشت.

امضاء: