



باسمه تعالی

فرم مشخصات پذیرفته شدگان دستیاری تخصصی سال تحصیلی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی، فرعی کرمانشاه

نام کامل دانشگاه محل اخذ دکترای عمومی	سال ورود	سال فراغت از تحصیل	رشته تخصصی پذیرفته شده

نام :

نام خانوادگی :

نام خانوادگی									
نام									

شماره شناسنامه:	نام پدر	تاریخ تولد	محل تولد	صادره	دین و فرقه مذهبی
کد ملی:	وضعیت خدمت نظام وظیفه	شغل پدر	شغل مادر	وضعیت تاهل	نام مستعار

نام و نام خانوادگی، میزان تحصیلات، شغل و محل کار همسر

آدرس و تلفن محل زندگی والدین

در صورتیکه پرسنل بیمانی یا رسمی قطعی نیروهای مسلح یا دیگر دوائر دولتی و نهادهای انقلابی هستید یک نسخه حکم حقوقی و نیز گواهی دال بر اشتغال و موافقت نامه مبنی بر ادامه تحصیل خود را ا لصاق نمائید. در غیر این صورت وضعیت اشتغال خود را مرقوم فرمائید.

پذیرفته شده دستیاری	آزاد	مستقیم	ده درصد

نام دانشگاه هائی را که به صورت میهمان یا انتقال سنوات یا ایامی را به تحصیل اشتغال داشته اید را در جدول ذیل قید فرمائید :

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

در صورتیکه سالیهای قبل در آزمون دستیاری شرکت نموده اید جدول ذیل را تکمیل نمائید :

محل آزمون	نتیجه آزمون علمی	نتیجه گزینش عمومی

دو طلب کرامی: منن تبریک درود شایسته و ستیاری شخصی این دانشگاه مدعی است این فرم را بابت مطالعه و آنگاه نسبت به تکمیل پشت دروی فرم بنظر کلاما خوانا بدون قلم خوردگی مبادت نموده تا روز تعیین صلاحیت عمومی شما مستلزم طول زمان نگردد. ۱- چنانچه تاریخ انحصیل دانشگاه آزاد اسلامی، ستید، واحد مستعد آدرس دقیق آن را مرقوم فرمایید. ۲- این فرم می بایست در ۳۰ روز قبل از تکمیل کرد. ۳- نتیجه قید عکس، کپی کمال منفات شناسنامه، کارت ملی، کارت پایان خدمت یا معافیت تحصیلی، اوراق کوبی انجام طرح یا موافقت نامه دال بر انجام طرح پس از اتمام دوره تحصیلات تخصصی و اوراق تریه حساب ادره رفاه و انجمنیان یا موافقت با ادامه تحصیل با شما الزامی است.

نام مراکزی راکه طرح و خدمات قانونی ویا خدمت نظام وظیفه را انجام داده اید را در جدول ذیل قید بفرمائید :

تاریخ خاتمه	تاریخ شروع	نوع مسئولیت	نام یگان خدمت وظیفه
			نام مرکز انجام طرح
چنانچه سوابق ایثارگری دارید و یا از وابستگان درجه یک خانواده های محترم شهداء ، جانبازان ، آزادگان ، رزمندگان و مفقود الاثر می باشید ضمن الصاق گواهی و مستندات نوع ایثار و همبستگی را مرقوم نمائید .			
چنانچه با ارگانها و نهادها و سایر مراکز دولتی همکاری دارید گواهی مبنی بر همکاری خود را ارائه فرمائید .			

شخصات دوتن از افراد مورد وثوق و دوتن از دوستان زبان تحصیل که با شماره رابطه نزدیک دارند و بچگونه وابستگی خانوادگی نداشته باشند را در جدول ذیل مرقوم فرمائید :

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	نحوه آشنائی	مدت زمان آشنائی	آدرس و تلفن
۱					
۲					
۳					
۴					

آدرس دقیق محل سکونت خود را به طور دقیق در کادر ذیل مرقوم فرمائید :

نام استان	نام شهر	تاریخ شروع و خاتمه اقامت	آدرس و نام منطقه پستی
فعلی			
قبلی			

نکات کاملاً قابل توجه

چنانچه سوابق محکومیت کیفری ویا ممنوعیت پذیرش در دانشگاهها ویا سابقه کتبی و شفاهی در کسبهای انضباطی و حراست دانشگاهها پیمانات رسیدگی به تخلفات اداری کارکنان و مراجع قضائی و اید آزار به طور شفاف و کتوب به این فرم الصاق نموده تا روند تعیین صلاحیت عمومی شما مشمول تاخیر زمانی نگردد. ۲- حرکتها ، همکاری ویا وابستگی به گروههای معاند و مخالف نظام جمهوری اسلامی و ولایت فقیه ، داشته اید به اختصار مرقوم فرمائید.

اینجاب	پذیرفته شده و ستیاری در رشته تخصصی	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ، درمانی کرمانشاه
این فرم را در روز	ماده و تقدیر و با اذیت تکمیل نموده و سوزنیت صحت مندرجات آنرا برآمده گرفته و در صورت اثبات خلاف	بر تاریخ
درج مطالب فوق و مرسوم شدن آنرا در ستیاری حق بچگونه اعتراضی را نخواهم داشت.		اسماء
شماره تلفن همراه:	آدرس ایتمرتنی:	
شماره تلفن ثابت :		