**بسمه تعالی**

محل الصاق عکس

لطفا در این قسمت چیزی ننویسید

وزارت بهداشت، درمان و آموز پزشکی

هیات مرکزی گزینش دانشجو

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون Ph.D سال تحصیلی..........گروه پزشکی

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. تاریخ آزمون : Ph.D
 | رشته قبولی: | دانشگاه پذیرفته شده:  |
| 1. دانشگاه محل تحصیل کارشناسی:
 | رشته تحصیلی رشته تحصیلی سال ورود: سال فارغ تحصیلی:  |
| 1. دانشگاه محل تحصیل کارشناسی ارشد یا دکتری:
 | رشته تحصیلی: سال ورود سال فارغ تحصیلی:  |

مهم: نشانی محل تحصیل کارشناسی ارشد (جهت دانشجویان تحت پوشش وزارت علوم تحقیقات و فناوری و دانشگاه آزاد:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| نام خانوادگی |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 نام و نام خانوادگی: کدملی: شماره شناسنامه: نام پدر:

 تاریخ تولد : محل تولد: تابعیت: وضعیت خدمت وظیفه:

 دین: مذهب: میزان تحصیلات همسر: شغل و محل کار همسر:

 وضعیت تأهل: نام و نام خانوادگی همسر:

 شغل پدر: شغل مادر:

 آدرس محل زندگی والدین:

1. چنانچه پرسنل رسمی نیروهای نظامی، انتظامی و یا دوایر دولتی می باشید ذکر نمایید:
2. نام دانشگاه محل تحصیل به صورت مهمان یا انتقالی:

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

1. وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی:

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

کارکنان رسمی دولت و پرسنل رسمی نیروهای نظامی و انتظامی لازم است تصویر حکم کارگزینی خود را ضمیمه نمای

1. سابقه همکاری با ارگان‌های انقلاب اسلامی دولتی

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام | استان | شهر | تاریخ شروع و خاتمه | نوع فعالیت | ارتباط |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. وابستگی درجه یک به: خانواده شهید □ مفقودالاثر □ اسیر □ نام و نام خانوادگی ایشان:................................. نسبت فامیلی شما با وی.......................................
2. چنانچه مجروح یا جانباز می باشید مجروح □ جانباز □ درصد جانبازی □
3. آیا عضو مقاومت بسیج می باشید بله □ خیر □
4. مشخصات دو نفر از از افراد مورد اطمینانی که شما را کاملا می شناسند و ترجیحا افراد شناخته شده باشند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند به ترتیب ذکر نمایید.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام و نام خانوادگی | شغل | مدت آشنایی | نحوه آشنایی | تلفن |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. نام 2 نفر از اساتید محل تحصیل که شما را می شناسند ذکر نمایید.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام و نام خانوادگی | رشته تحصیلی | دانشکده یا بیمارستان | گروه آموزشی |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. آدرس محل سکونت به طور دقیق نوشته شود:

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

1. سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش 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 |
|  |  |  |  |  |

1. چنانچه دارای وابستگی گروهکی می باشید با ذکرنوع فعالیت در یک سطر بنویسید
2. شماره تلفن ضروری جهت تماس:

|  |  |
| --- | --- |
| تلفن ثابت با کد شهرستان |  |
| تلفن همراه داوطلب  |  |
| تلفن همراه بستگان نزدیک |  |

* اینجانب داوطلب شرکت در آزمون دکتری تخصصی سال دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات را بعهد گرفته و درصورت اثبات خلاف مطالب فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت.

 **تاریخ تکمیل فرم**

 **امضاء**