

توجه هر داوطلب باید شماره شماره  
داوطلبی مندرج در فرم تقاضانامه ثبت  
نامی را در مستطیل با خط خوانا  
بنویسد.

شماره پرونده

بِسْمِ تَعَالَى

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیات مرکزی گزینش دانشجوی

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون .....

مورخ ..... گروه پزشکی

محل الصاق

عکس

۳×۴

تاریخ آزمون ..... رشته پذیرفته شده ..... نام دانشگاه محل تحصیل مقطع قبلی .....

رشته تحصیلی ..... سال ورود/سال فراغت از تحصیل .....

تذکر ۱: چنانچه این فرم ناقص تکمیل گردد به آن ترتیب اثر داده نمی شود.

تذکر ۲: قسمت هایی که جواب ندارند با خط تیره مشخص فرمایید.

نام خانوادگی :

نام :

شماره شناسنامه : ..... نام پدر ..... تاریخ و محل تولد .....

دین ..... مذهب ..... وضعیت تاهل : مجرد  متاهل

وضعیت خدمت و وظیفه ..... تابعیت ..... نام و نام خانوادگی قبلی : .....

نام و نام خانوادگی و میزان تحصیلات تکمیلی همسر ..... شغل و محل کار همسر : .....

آدرس محل زندگی والدین : .....

در صورتی که پرسنل رسمی یکی از نیروهای نظامی و یا انتظامی هستید، نام نیرو و تاریخ شروع به کار را ذکر نمایید.....

داوطلب کارشناسی ارشد آزاد  مناطق محروم  مازاد مناطق محروم  رزمندگان و ایثارگران   
مازاد استعدادهای درخشان  سهمیه خانمها  شاهد  بورسیه نیروهای مسلح  اتباع خارجی

نام دانشگاه محل تحصیل در صورت گذراندن دوره بصورت میهمان یا انتقال :

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

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی:

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

تذکرات : ۱- دانشجویان دانشگاه آزاد می بایست نام واحد دانشگاهی خود را نیز مشخص فرمایند. واحد دانشگاهی

۲- به جزء الصاق عکس ارایه ۳ قطعه عکس دیگر الزامی است.

سابقه حضور در جبهه :

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ پایان	نهاد یا ارگان اعزام کننده	محل خدمت
۱				
۲				

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی :

ردیف	نام محل	استان	شهر	تاریخ شروع و خاتمه	نوع فعالیت	نوع ارتباط
۱						
۲						

وابستگی درجه یک به خانواده شهید  مفقود الاثر  اسیر  نام و نام خانوادگی ایشان : .....

نسبت فامیلی شما با وی : ..... محل (شهادت/اسارت/مفقود شدن)

چنانچه مجروح یا جانباز می باشد : مجروح  جانباز  نوع آسیب دیدگی  زمان و محل آن : .....

آیا عضو نیروی های مقاومت بسیج هستید : بلی  خیر

مشخصات دو نفر از افراد مورد اطمینانی که شما را کاملا می شناسند و دو نفر از دوستان زمان تحصیل که با شما آشنایی نزدیک داشته باشند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند به ترتیب ذکر نمایید.

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

آدرس محل سکونت به طور دقیق نوشته شود:

آدرس	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه
فعلی				
قبلی				

سابقه محکومیت کیفری یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه پس از بازگشایی دانشگاهها یا هرگونه 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 : .....

اینجانب ..... داوطلب شرکت در آزمون ..... این فرم را در تاریخ ..... صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته و در صورت اثبات خلاف مندرجات را بعهده گرفته و در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراضی نسبت به نتیجه بررسی صلاحیت عمومی نخواهم داشت.

امضاء

بِسْمِ تَعَالَى



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

تاریخ:  
شماره:  
پوست:

## تعهد نامه

احتراماً اینجانب / اینجانبه دکتر ..... فرزند ..... با کد ملی .....  
..... صادره از ..... متولد ..... پذیرفته شده دوره دستیاری  
رشته ..... دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان ، متعهد می گردم ضوابط  
مربوط به امور آموزشی و حفظ اصول و ارزش های انقلاب اسلامی و اخلاق را کاملاً مراعات نمایم بدیهی است .  
چنانچه خلاف آنچه که متعهد شده ام از من مشاهده شود دانشگاه علوم پزشکی گیلان مختار و مخیر خواهد بود .  
برابر مقررات تصمیمات مقتضی در مورد اینجانب اتخاذ نماید . ضمناً با توجه به قبولی مشروط اینجانب از سوی  
هسته تحقیق و نظر دهی دانشگاه متعهد می شوم در صورتی که نتیجه نهایی تحقیقات بعمل آمده منفی باشد از آن  
تمکین نموده و اعتراضی ننمایم .

امضاء:

شماره تلفن همراه :

تاریخ :

محل خدمت :