|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| توجه هر داوطلب باید شماره شماره داوطلبی مندرج در فرم تقاضانامه ثبت نامی را در مستطیل با خط خوانا بنویسد. | بسمه تعالیوزارت بهداشت،درمان و آموزش پزشکیهیات مرکزی گزینش دانشجوفرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون ...............................مورخ .......................گروه پزشکی | محل الصاق عکس4×3 |
| شماره پرونده |
|  |

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

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

تذکر 1 : چنانچه این فرم ناقص تکمیل گردد به آن ترتیب اثر داده نمی شود.

تذکر 2 : 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 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 هستیتد،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 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

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

 2- به جزء الصاق عکس ارایه 3 قطعه عکس دیگر الزامی است.

سابقه حضور در جبهه :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | تاریخ شروع | تاریخ پایان | نهاد یا ارگان اعزام کننده | محل خدمت |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام محل | استان | شهر | تاریخ شروع و خاتمه | نوع فعالیت | نوع ارتباط |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |

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 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 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |

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 انظباطی :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نوع سابقه | تاریخ وقوع  | نوع حکم | محل صدور حکم |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

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



**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 .

شماره تلفن همراه : امضاء:

محل خدمت : تاریخ :