



بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیأت مرکزی گزینش دانشجو

عکس

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون دستیاری سال

تاریخ آزمون:

رشته پذیرفته شده:

دانشگاه محل تحصیل دوره عمومی:

سال ورود:

سال فارغ التحصیلی:

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

۲- مدارکی که باید پیوست شود: ۲ قطعه عکس، ۱ سری تصویر صفحات شناسنامه و کارت ملی

۳- قسمتهایی که جواب ندارد با خط تیره مشخص کنید

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

نام خانوادگی:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نام:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نام پدر:

شماره شناسنامه:

کد ملی:

تاریخ تولد:

محل صدور:

دین:

مذهب:

وضعیت تأهل:

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 و کارکنان رزمندگان و ایثارگران پزشکان

نام دانشگاه های محل تحصیل به صورت مهمان یا انتقالی:

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

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی

نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	آدرس و تلفن

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	نهاد یا ارگان اعزام کننده	محل خدمت

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای انقلابی

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

وابستگی درجه یک به خانواده شهید مفقودالاثرب آزاده نام و نام خانوادگی ایشان:

نسبت فامیلی شما با ایشان: محل شهادت، اسارت یا مفقود شدن: زمان:

چنانچه مجروح یا جانباز می باشید: مجروح جانباز درصد جانبازی

مشخصات ۲ نفر افراد مورد اعتمادی که شما را کاملاً می شناسند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند به ترتیب ذکر نمایند.

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

نام سه نفر از اساتید دانشگاه محل تحصیل که شما را می شناسند ذکر نمایند.

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

آدرسهای محل سکونت بطور دقیق نوشته شود:

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

سابقه کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه و یا هرگونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی:

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱				

شماره تلفن ضروری جهت تماس

تلفن ثابت داوطلب با کد شهرستان:
تلفن همراه داوطلب:
تلفن همراه بستگان نزدیک:

اینجانب: داوطلب شرکت در آزمون دستیاری سال دوره دانشگاه علوم پزشکی کردستان این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته و در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون نخواهم داشت.

امضاء: تاریخ تکمیل فرم:

--	--	--

مشخصات فردی: صفحه ۱ کد فرم: ۱۰۰

کد یا شماره ملی: نام: نام خانوادگی: نام پدر: ش.ش: تاریخ تولد: محل تولد: محل صدور شناسنامه: دین: اسلام <input type="checkbox"/> مسیحی <input type="checkbox"/> یهودی <input type="checkbox"/> مذهب در دین اسلام: تشیع <input type="checkbox"/> تسنن <input type="checkbox"/>	جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> نام خانوادگی قبلی: در صورتی که نام دیگری دارید، ذکر نمایید:	
--	---	--

شماره تلفن های تماس و نشانی محل سکونت دوران تحصیل فعلی دانشجوی:

پیش شماره تلفن ثابت محل سکونت: تلفن ثابت محل سکونت: تلفن همراه:	کد پستی محل سکونت: نشانی دقیق محل سکونت:	
---	---	--

وضعیت تاهل، نظام و وظیفه و شغل:

وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> معیل <input type="checkbox"/> تعداد فرزندان: وضعیت نظام و وظیفه: انجام داده <input type="checkbox"/> انجام نداده <input type="checkbox"/> معاف از خدمت <input type="checkbox"/>	آیا شاغل هستید: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت اشتغال، نوع شغل را ذکر نمایید. آدرس محل کار در صورت اشتغال:	
--	---	--

وضعیت رشته تحصیلی پذیرفته شده:

شماره دانشجویی: تاریخ ثبت نام: نام رشته: نام دانشکده:	سال ورود به دانشگاه: نیمه تحصیلی سال: اول <input type="checkbox"/> دوم <input type="checkbox"/> مقطع تحصیلی پذیرفته شده: کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> کارشناسی ناپیوسته <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> دکتری <input type="checkbox"/>	
--	---	--

وضعیت دبیران یا پیش دانشگاهی:

عنوان مدرک: سال اخذ مدرک:	استان محل اخذ: شهر محل اخذ:	نام دبیرستان یا مرکز پیش دانشگاهی: تلفن ثابت محل سکونت در هنگام اخذ مدرک:
------------------------------	--------------------------------	--

آدرس دقیق محل سکونت در هنگام اخذ مدرک:

چنانچه سابقه تحصیلات دانشگاهی را داشته اید جدول زیر را تکمیل کنید:

ردیف	نام رشته تحصیلی	مقطع تحصیلی	وضعیت (فارغ التحصیل یا ترک تحصیل)	تاریخ (فارغ التحصیلی یا ترک تحصیل)	نام دانشگاه محل تحصیل
۱					
۲					
۳					

(طرح تعیین کد مرکزی دانشجویان علوم پزشکی دانشگاههای سراسر کشور) سال تحصیلی

نیمسال اول نیمسال دوم

دانشجوی عزیز: اگر به هر دلیلی فرم را تکمیل نموده و دارای کد مرکزی دانشجویی نباشید فارغ التحصیل نخواهید شد.

نام:	نام خانوادگی:	ش: ش:	کد ملی:
محل صدور: استان:	شهرستان:	بخش:	تاریخ تولد: ۱۳ / /
جنس: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	وضعیت تأهل: مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/>	کفیل فرزندان	
شماره دانشجویی	تابعیت: ایرانی <input type="checkbox"/> خارجی <input type="checkbox"/>	دین:	مذهب:

دانشکده:

رشته تحصیلی:

مقطع تحصیلی: کاردانی کارشناسی دکتری تخصصی نوع مقطع تحصیلی: پیوسته ناپیوسته

سال تحصیلی ثبت نام: ۱۳ نیمسال اول

سال شروع به تحصیل: ۱۳ نیمسال اول

دوره: روزانه شبانه

نوع پذیرش: کنکور سراسری کنکور اختصاصی منتقله از خارج

معدل آخرین مدرک تحصیلی:

وضعیت نظام وظیفه: پایان خدمت معافیت: تکفل پزشکی خ شهدا تحصیلی پرسنل رسمی ارتش/سپاه/نیروی انتظامی

نوع بورسیه: وزارت بهداشت ارتش سپاه آموزش و پرورش دانشگاه شاهد

نوع سهمیه ثبت نامی:

مقطع پیوسته: منطقه ۱ ۲ ۳ رزمندگان جانبازان خ شهدا شاهد عشایر آزادگان

مقطع ناپیوسته: کارشناسی ۳۰٪ - افرادی که ترم آخر دوره کاردانی هستند و هنوز وارد طرح نشده اند.

۷۰٪ افرادی که دارای پایان طرح هستند و در سهمیه مربوطه پذیرفته شده اند

فارغ التحصیلان رتبه اول ۱۰٪ کارکنان مناطق محروم ۱۰٪ رزمندگان ۲۰٪ آزاد

نوع سهمیه قبولی:

مقطع پیوسته: منطقه ۱ ۲ ۳ رزمندگان جانبازان خ شهدا شاهد عشایر آزادگان

مقطع ناپیوسته: کارشناسی ۳۰٪ - افرادی که ترم آخر دوره کاردانی هستند و هنوز وارد طرح نشده اند.

۷۰٪ افرادی که دارای پایان طرح هستند و در سهمیه مربوطه پذیرفته شده اند

فارغ التحصیلان رتبه اول ۱۰٪ کارکنان مناطق محروم ۱۰٪ رزمندگان ۲۰٪ آزاد

آخرین مدرک تحصیلی دانشگاهی: رشته

دانشگاه

آیا شهریه می پردازید؟ بلی خیر یومی غیر یومی متقاضی خوابگاه هستم متقاضی خوابگاه نیستم

شماره تلفن:
امضاء دانشجو:

آدرس منزل دانشجو:
تاریخ تکمیل فرم:
نام و امضاء مسئول کنترل فرم:
نام و امضاء ابراتور آموزشی:

۳۵) آیا تا بحال وقفه تحصیلی داشته اید؟ بلی خیر

۳۶) اگر پاسخ مثبت است زمان آن چقدر است: ماه (۳۷) و در چه سالی

۳۸) آیا تا بحال انصراف داشته اید؟ بلی خیر

۳۹) اگر پاسخ مثبت است در چه رشته ای: (۴۰) و در چه سالی

۴۱) آیا تا بحال میهمان شده اید؟ بلی خیر

۴۲) اگر پاسخ مثبت است زمان آن چقدر است: ماه (۴۳) و در چه دانشگاهی

۴۴) و در چه بخشهایی:

۴۵) اطلاعات مربوط به آزمونهای ارتقاء (در صورت وجود):

نوبت دوم				نوبت اول				ارتقاء
نتیجه	نمره	تاریخ	دوره	نتیجه	نمره	تاریخ	دوره	
<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول				<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول				ارتقاء ۱ به ۲
<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول				<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول				ارتقاء ۲ به ۳
<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول				<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول				ارتقاء ۳ به ۴
<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول				<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول				ارتقاء ۴ به ۵
<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول				<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول				ارتقاء ۵ به ۶
<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول				<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول				ارتقاء ۵ به ۵

۴۶) آیا هیچ آزمون ارتقایی سه دوره مرود شده اید؟ بلی خیر (۴۷) در چه سالی

۴۸) آیا تا بحال تمدید دوره شده اید؟ شده اید؟ بلی خیر (۴۹) در چه سالی

۵۰) آیا دو ارتقاء همزمان داشته اید؟ بلی خیر (۵۱) اگر بلی در سال چندم؟

۵۲) وضعیت انجام طرح نیروی انسانی: انجام نداده ام انجام داده ام پروانه مطب پروانه دائم معاف از طرح

۵۳) در صورت انجام، مدت زمان آن چندماه بوده است؟ (۵۴) چه امتیازی کسب کرده اید:

۵۵) آدرس محل سکونتی: استان: شهرستان: بخش: خیابان:

کوچه: پلاک: کد پستی:

۵۶) تلفن تماس:

۵۷) سال احتمالی فارغ التحصیلی:

۵۸) تاریخ تنظیم فرم: ۱۳ / /

مهر تایید دانشگاه:

محل امضای دستیار:

اینجانب دکتر که در رشته دوره پذیرفته شده ام با اطلاع کامل از مقررات دستیاری در مورد بهره مندی از هزینه تحصیلی اعلام می دارم که در هیچ موسسه دولتی و غیردولتی اشتغال به کار ندارم. در صورت بروز هرگونه مغایرت با صحت مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراض نسبت به اقدامات دانشگاه نخواهم داشت.

افرادی که با استفاده از ماموریت آموزشی و مرخصی بدون حقوق از مراکز نظامی و غیر انتظامی اشتغال به تحصیل دارند قسمت ذیل را تکمیل نمایند.

نام و نام خانوادگی:

رشته پذیرفته شده:

موسسه اشتغال به کار:

مجوز دستیاری بصورت مرخصی بدون حقوق ماموریت آموزشی

تاریخ

امضاء

بسمه تعالی



«فرم مشخصات پذیرفته شدگان»

نام خانوادگی: نام پدر:
شماره شناسنامه: محل تولد:
تاریخ تولد: جنس:
ملیت: دین:
وضعیت نظام وظیفه:
مقطع قبلی: نام دانشگاهی که از آن فارغ التحصیل شده اید:
سال فراغت از تحصیل: رشته قبولی فعلی:
دوره قبولی: سهمیه قبولی:
وضعیت انجام خدمات نیروی انسانی: سال قبولی:
نشانی محل سکونت: پروانه پزشکی:
تلفن ثابت: تلفن همراه:
آدرس الکترونیکی:
نام و نام خانوادگی همسر: شغل و محل کار همسر:
تلفن همسر:
نشانی محل سکونت والدین:
تلفن نشانی محل سکونت والدین:
شماره تماس اضطراری:

نام و نام خانوادگی پذیرفته شده

تاریخ و امضاء

اینجانب دکتر

که در رشته

تخصصی

پذیرفته شده ام تعهد

می دهم قبل از شروع آموزش دوره دستگیری نسبت به

تحويل تعهد محضری اقدام نمایم در غیر اینصورت

از ادامه تحصیل ممانعت به عمل آید .

امضاء و تاریخ



جمهوری اسلامی ایران

شماره:

تاریخ:

پیوست:

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کردستان

معاونت آموزشی - اداره کل آموزش

امور آموزشی دانشگاه

نظر به اینکه آقای / خانم فرزند به شماره شناسنامه فارغ التحصیل رشته پزشکی عمومی سال آن دانشگاه در دوره تخصصی رشته پذیرفته شده اند، خواهشمند است دستور فرمائید اطلاعات زیر جهت تکمیل پرونده دستیاری نامبرده به این دانشگاه اعلام گردد.

- ۱- سهمیه قبولی و سال ورود به دوره پزشکی عمومی
- ۲- مدت بهره مندی از آموزش رایگان
- ۳- نوع تعهد و موسسه طرف تعهد دوره پزشکی عمومی
- ۴- نمره امتحان جامع پیش کارورزی، سال برگزاری آزمون، دوره آزمون
- ۵- تاریخ فراغت از تحصیل (بصورت روز/ماه/سال)
- ۶- معدل دوره پزشکی عمومی
- ۷- ریز نمرات تایید شده و واحدهای گذرانده

دکتر محمود کلاهدوزان

مدیر امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه

رونوشت:

پرونده نامبرده