

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید

محل الصاق
عکس ۳×۴

بسمه تعالی

فرم شماره ۲

برگ مشخصات مربوط به بررسی صلاحیت عمومی داوطلبان آزمون کارشناسی ارشد
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

رشته های گروه پزشکی، سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲

دانشگاه محل تحصیل دوره کارشناسی:	رشته تحصیلی دوره کارشناسی:
سال ورود و فراغت از تحصیل:	رشته امتحانی دوره کارشناسی ارشد:

تذکره: چنانچه این فرم ناقص تکمیل گردد به آن ترتیب اثر داده نخواهد شد.

نام خانوادگی: نام: نام پدر: شماره شناسنامه:

محل صدور: تاریخ تولد: مذهب: تابعیت:

وضعیت تأهل: وضعیت خدمت نظام وظیفه: نام و نام خانوادگی قبلی:

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

در صورتیکه پرسنل رسمی یکی از نیروهای نظامی هستید نام نیرو و تاریخ شروع به کار را ذکر نمائید.

داوطلب استفاده از سهمیه:

آزاد ۵۰٪ مناطق محروم ۱۰٪ رزمندگان و ایثارگران ۲۰٪ کارکنان وزارت بهداشت و درمان ۲۰٪

نام دانشگاههای محل تحصیل در صورت گذراندن دوره به صورت میهمان یا انتقال

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

در صورت شرکت در آزمون کارشناسی ارشد دوره های قبل جدول زیر را تکمیل نمایید.

مثبت	منفی
نتیجه مرحله اول آزمون	
نتیجه مرحله دوم آزمون	
نتیجه نهائی آزمون	

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی

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

حضور در جبهه و یا خدمت سربازی: آیا نام شما در لیست اضطراری ستاد رسیدگی به وضع مصدومین و مجروحین جنگ وجود دارد؟

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	موظف	داوطلب	محل خدمت
۱					
۲					
۳					

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی

ردیف	نام محل	استان	شهر	تاریخ شروع و خاتمه	نوع فعالیت	ارتباط
۱						
۲						
۳						

وابستگی درجه یک به خانواده شهید مفقود الاثر آزاده

نام و نام خانوادگی ایشان نسبت فامیلی شما با وی

محل وزمان (شهادت/اسارت/مفقودشدن)

مشخصات ۴ نفر از افرادی که شما را کاملاً شناخته و قابل دسترس می باشند ذکر نمائید.

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

آدرس محل سکونت بطور دقیق نوشته شود:

	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه	تلفن
فعلی					
قبلی					

سابقه کیفی در دادگاه و یا سابقه در کمیته انضباطی در دوران تحصیل:

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱				
۲				

چنانچه وابستگی گروهکی داشته اید با ذکر نوع فعالیت در یک سطر شرح دهید:

شماره تلفن ضروری جهت تماس ۱-

۲-

۳-

اینجانب متعهد می گردم که بند های مذکور در این فرم را بدون اشتباه و براساس مدارک تکمیل نموده و در صورت وجود هر گونه مغایرت و یا عدم صحت مندرجات فوق، مسئولیت کلیه عواقب آن بر عهده اینجانب خواهد بود.

تاریخ تنظیم

امضاء