بسمه تعالی

محل الصاق عکس

**وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی**

**هیات مرکزی گزینش دانشجو**

**فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون تخصصی دندانپزشکی**

**دوره دستیاری گروه دندانپزشکی**

تاریخ آزمون:

رشته قبولی:

دانشگاه محل تحصیل دوره دندانپزشکی عمومی سال ورود: سال فراغت از تحصیل:

تذکر 1: چناچه این فرم ناقص تکمیل گردد به آن ترتیب اثر داده نخواهد شد.

تذکر 2:قسمتهایی جواب ندارد با خط تیره مشخص فرمائید.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

نام خانوادگی:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

نام:

شماره شناسنامه : نام پدر : تاریخ و محل تولد:

دین : مذهب : تابعیت:

وضعیت خدمت نظام وظیفه: انجام داده ام□ انجام نداده ام □ معاف هستم□ مشغول انجام هستم □

وضعیت تاهل: مجرد□ متاهل: □ نام و نام خانوادگی همسر: شغل و محل کار همسر:

شغل پدر: شغل مادر: آدرس محل زندگی والدین:

درصورتی که پرسنل رسمی یکی از نیروهای نظامی و انتظامی هستید نام نیرو و تاریخ شروع به کار را ذکر نمائید.

سهمیه قبولی: آزاد□ مازاد مناطق محروم □ رزمندگان□ بورسیه ارتش□

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| مهمان یا انتقال | تاریخ پایان | تاریخ شروع | نام دانشگاه | ردیف |
|  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  | 3 |

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی

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

تذکرات 1- دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی می بایست نام واخد دانشگاهی خودر را نیز مشخص نمایند.

واحد دانشگاهی:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| محل خدمت | نهاد یا ارگان اعزام کننده | تاریخ خاتمه | تاریخ شروع | ردیف |
|  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  | 3 |

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی

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

وابستگی درجه یک به خانواده شهید□ مفقودالاثر□ اسیر□ نام خانوادگی ایشان

نسبت فامیلی شما با ایشان محل شهادت/اسارت مفقود شدن

چناچه مجروح یا جانباز می باشید: مجروح□ جانباز□ نوع آسیب دیدگی زمان و محل وقوع

آیا عضو نیروی مقومت بسیج می باشید: بلی□ خیر□

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| آدرس و تلفن | نحوه آشنایی | مدت آشنایی | شغل | نام و نام خانوادگی | ردیف |
|  |  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  | 4 |

آدرس محل سکومت بطور دقیق نوشته شود.

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

سابقه محکومیت کیفری یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه پس از بازگشایی دانشگاهها یا هرگونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی.

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

چناچه دارای وابستگی گروهکی می باشید با ذکر نوع فعالیت در یک سطر شرح دهید:

شماره تلفن ضرور جهت تماس:

اینجانب داوطلب شرکت در آزمون بیست و هشتمین دوره دستیاری دندانپزشکی این فرم را در تاریخ صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات آنرا بعهده گرفته و در صورت اثبات خلاف مندجات فوق حق هیچگونه اعتزاضی نسبت به نتیجه بررسی صلاحیت های عمومی خود را نخواه داشت. تاریخ و امضاء