



بنگاه مرکزی خدمات بهداشتی، درمانی و آموزشی

فرم گزینش ۱

لغفاً در این قسمت چیزی ننویسید

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:

تذکره: 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:

مقتضای 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	تاریخ خاتمه	تاریخ خاتمه	محل خدمت

سابقه همکاری با ارگانه‌های 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  مفقودالامر  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 نمایید.

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 نمایید.

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 کفتری 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.

تاریخ تکمیل فرم: امضاء

کد فرم: ۱۰۰		صفحه ۱		ملاحظات فردی	
جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> نام خانوادگی قبلی: در صورتی که نام دیگری دارید، ذکر نمایید:		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"/>		کد یا شماره ملی: نام: نام خانوادگی: نام پدر: ش.ش.:	
شماره تلفن های بنام و نشانی محل سکونت دوران تحصیل علمی دانشجو:					
کد پستی محل سکونت:		پیش شماره تلفن ثابت محل سکونت:			
نشانی دقیق محل سکونت:		تلفن ثابت محل سکونت:			
		تلفن همراه:			
وضعیت تاهل، نظام وظیفه و شغل:					
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 تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> معیل <input type="checkbox"/> تعداد فرزندان: وضعیت نظام وظیفه: انجام داده <input type="checkbox"/> انجام نداده <input type="checkbox"/> معاف از خدمت <input type="checkbox"/>			
وضعیت رشته تحصیلی پذیرفته شده:					
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"/>		شماره دانشجویی: تاریخ ثبت نام: نام رشته: نام دانشکده:			
وضعیت پذیرفته شدن در دانشگاه:					
نام دبیرستان یا مرکز پیش دانشگاهی: تلفن ثابت محل سکونت در هنگام اخذ مدرک:		استان محل اخذ: شهر محل اخذ:		متوان مدرک: سال اخذ مدرک:	
آدرس دقیق محل سکونت در هنگام اخذ مدرک:					
خانواده سابقه تحصیلات دانشگاهی را داشته اند جدول زیر را تکمیل کنند:					
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					

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	نسبت با دانشجو	در قید حیات یا فوت شده	میزان تحصیلات	کد پستی محل کار یا سکونت	شغل	نشانی محل کار یا سکونت	تاریخ ثبت	تاریخ شماره قلم	تاریخ ثبت	تاریخ همراه

\* لطفاً هر کادر زیر چیزی ننویسید

امضاء دانشجو و تاریخ تکمیل

مهرت کاپه مطالب مندرج را تایید می نمایم

ایمپانچ

(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.

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

دانشکده:	رشته تحصیلی:	گرایش:
مقطع تحصیلی: کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> دکتری <input type="checkbox"/> تخصصی <input type="checkbox"/>	نوع مقطع تحصیلی: پیوسته <input type="checkbox"/> ناپیوسته <input type="checkbox"/>	
سال تحصیلی ثبت نام: ۱۴ نیمسال اول	نیمسال دوم	
سال شروع به تحصیل: ۱۴ نیمسال اول	نیمسال دوم	
دوره: روزانه <input type="checkbox"/> شبانه <input type="checkbox"/>		
نوع پذیرش: کنکور سراسری <input type="checkbox"/> کنکور اختصاصی <input type="checkbox"/> منتقله از خارج <input type="checkbox"/>		
معدل آخرین مدرک تحصیلی:		

وضعیت نظام وظیفه: پایان خدمت <input type="checkbox"/> معافیت: تکفل <input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> خ شهدا <input type="checkbox"/> تحصیلی <input type="checkbox"/> پرسنل رسمی ارتش/سپاه/نیروی انتظامی <input type="checkbox"/>	
نوع بورسیه: وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> ارتش <input type="checkbox"/> سپاه <input type="checkbox"/> آموزش و پرورش <input type="checkbox"/> دانشگاه شاهد <input type="checkbox"/>	
نوع سهمیه ثبت نامی:	
مقطع پیوسته: منطقه ۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> رزمندگان <input type="checkbox"/> جانبازان <input type="checkbox"/> خ شهدا <input type="checkbox"/> شاهد <input type="checkbox"/> مشایر <input type="checkbox"/> آزادگان <input type="checkbox"/>	
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٪ <input type="checkbox"/> کارکنان مناطق محروم ۱۰٪ <input type="checkbox"/> رزمندگان ۲۰٪ <input type="checkbox"/> آزاد <input type="checkbox"/>	
نوع سهمیه قبولی:	
مقطع پیوسته: منطقه ۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> رزمندگان <input type="checkbox"/> جانبازان <input type="checkbox"/> خ شهدا <input type="checkbox"/> شاهد <input type="checkbox"/> مشایر <input type="checkbox"/> آزادگان <input type="checkbox"/>	
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٪ <input type="checkbox"/> کارکنان مناطق محروم ۱۰٪ <input type="checkbox"/> رزمندگان ۲۰٪ <input type="checkbox"/> آزاد <input type="checkbox"/>	
آخرین مدرک تحصیلی دانشگاهی: رشته	دانشگاه
آیا شهریه می برد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بومی <input type="checkbox"/> غیربومی <input type="checkbox"/> متقاضی خوابگاه هستم <input type="checkbox"/> متقاضی خوابگاه نیستم <input type="checkbox"/>	

شماره تلفن:  
امضاء دانشجو:

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





۳۵ آیا تاجحال وقفه تحصیلی داشته اید؟ بلی  خیر

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

۳۸ آیا تاجحال انصراف داشته اید؟ بلی  خیر

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

۴۱ آیا تاجحال 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: .....

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

نوبت دوم				نوبت اول			
رتبه	نمره	تاریخ	دوره	رتبه	نمره	تاریخ	دوره
<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول				<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول			
<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول				<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول			
<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول				<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول			
<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول				<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول			
<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول				<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول			
<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول				<input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/> قبول			

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

۴۸ آیا تاجحال 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 سکونت: 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 متایرت 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





بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

«فرم مشخصات پذیرفته شدگان»

نام: نام خانوادگی: نام پدر:  
شماره شناسنامه: محل تولد: محل صدور:  
تاریخ تولد: جنس: وضعیت تاهل:  
ملیت: دین: تعداد فرزندان:  
وضعیت نظام وظیفه:  
مقطع قبلی: نام دانشگاهی که از آن فارغ التحصیل شده اید:  
سال فراغت از تحصیل: رشته قبولی فعلی: مقطع قبولی فعلی:  
دوره قبولی: سهمیه قبولی: سال قبولی:  
وضعیت انجام خدمات نیروی انسانی: پروانه پزشکی:  
نشانی محل سکونت:  
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  
تخصصی  
که در رشته  
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