

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید.

محل الصاق

عکس

۳×۴

بسمه تعالی

(فرم شماره ۳)

برگ مشخصات مربوط به بررسی صلاحیت عمومی داوطلبان آزمون

دکتری تخصصی پژوهشی (Ph.D. by Research) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

رشته های گروه پزشکی، سال تحصیلی -

مقطع تحصیلی فعلی :	رشته تحصیلی فعلی :
سال ورود به تحصیل :	دانشگاه فعلی محل تحصیل :

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

* نام خانوادگی : نام : نام پدر : شماره شناسنامه :

* شماره ملی : تاریخ تولد :

* 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 نمایید :

.....

* داوطلب استفاده از سهمیه :

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

* نام دانشگاههای محل تحصیل در مقاطع قبلی

ردیف	نام دانشگاه	مقطع	رشته	تاریخ شروع	تاریخ پایان	نشانی دانشگاه
۱						
۲						
۳						

* در صورت شرکت در آزمون دکتری تخصصی پژوهشی (Ph.D. by Research) دوره های قبل جدول زیر را تکمیل نمایید.

مثبت منفی

نتیجه مرحله اول آزمون		
نتیجه مرحله دوم آزمون		
نتیجه مرحله سوم آزمون		

* وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی

نام محل کار	نوع استخدام	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نشانی و تلفن
				فعالیت فعلی
				فعالیت خارج از مرکز

* 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						

* وابستگی درجه یک به خانواده شهید مفقود الاثر آزاده

* نام و نام خانوادگی ایشان :

* محل و زمان (شهادت / اسارت / مفقود شدن) :

* 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	نشانی و تلفن
۱				
۲				
۳				
۴				

* نشانی محل سکونت بطور دقیق نوشته شود :

ردیف	استان	شهر	نشانی پستی	تاریخ شروع و خاتمه	تلفن
فعلی					
قبلی					

* سابقه کیفری 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 یا ذکر نوع فعالیت در یک سطر شرح دهید :

شماره تلفن ضروری جهت تماس : ۱- ۲- ۳-

اینجانب متعهد می گردم که بندهای 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 برعهده اینجانب خواهد بود .

نام و نام خانوادگی تاریخ تنظیم :

امضاء