

فرم شماره ۱ دستیاری

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان کهگیلویه و بویراحمد
مدیریت امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی
فرم ثبت نام دانشجویان دستیار تخصصی

«دستیار گرامی خواهشمند است فرم را با دقت و بصورت کامل تکمیل فرمایید»

مشخصات شناسنامه ای :

نام و نام خانوادگی : نام پدر : تاریخ تولد : شماره شناسنامه :
محل صدور : کد ملی :
محل تولد : استان شهرستان بومی ☐ غیر بومی ☐ دین :
مذهب : وضعیت تأهل : مجرد ☐ متأهل ☐ تعداد فرزندان : ملیت :

مشخصات دوره دستیاری :

رشته : دوره پذیرش : سال قبولی :
سهمیه پذیرش : آزاد ☐ رزمندگان و ایثارگری (رزمنده - جانباز - آزاده - خانواده شهداء - فرزند شهید) ☐
مناطق محروم ☐ مازاد مناطق محروم ☐ مازاد نیروهای مسلح ☐ اتباع خارجی ☐
انتقال خارج به داخل ☐ سهمیه خانم ها ☐
نوع تعهد : عام ☐ خاص ☐ محل مربوطه :
سهمیه خانمها ☐ محل مربوطه :
مازاد مناطق محروم ☐ محل مربوطه :
مناطق محروم ☐ محل مربوطه :
مازاد نیروهای مسلح ☐ محل مربوطه :

ادامه فرم شماره (۱) دستیاری

وضعیت نظام وظیفه :

- ☐ کارت پایان خدمت ☐ کارت معافیت دائم پزشکی ☐ کارت معافیت دائم ☐ کارت معافیت کفالت
- ☐ کارت معافیت موقت ☐ معافیت تحصیلی ☐ کارمند رسمی یا پیمانی نیروهای مسلح ☐ اتباع خارجی ☐ سایر موارد

سوابق تحصیلی دوره پزشکی عمومی :

- سال ورود : دانشگاه محل تحصیل : معدل کل :
- تاریخ فراغت از تحصیل (روز - ماه - سال) : تاریخ شرکت در امتحان پیش کارورزی :
- نمره آزمون پیش کارورزی : شماره نظام پزشکی :
- وضعیت پروانه مطب : پروانه دائم مطب دارم ☐ پروانه موقت مطب دارم ☐ پروانه مطب ندارم ☐

وضعیت استخدام : استخدام می باشم ☐ استخدام نمی باشم ☐

در صورت استخدام، نام ارگان محل استخدام :

وضعیت طرح نیروی انسانی :

- انجام داده ام ☐ انجام نداده ام ☐ معاف ☐ انصراف از طرح ☐ سایر موارد :
- وضعیت بدهی به صندوق رفاه : دارم ☐ ندارم ☐ در حال پرداخت هستم ☐

وضعیت سکونت :

آدرس محل سکونت :

آدرس پست الکترونیکی :

کد پستی

شماره تلفن تماس ثابت

شماره تلفن همراه

بدینوسیله متعهد می گردم که کلیه اطلاعات فرم فوق را بصورت دقیق، درست و صادقانه تکمیل نموده ام و مسئولیت قانونی هرگونه اشکال و یا مغایرت در خصوص اطلاعات ارائه شده، بخصوص در زمینه شاغل بودن را می پذیرم.

امضاء دانشجو

تاریخ تکمیل