



سابقه حضور داوطلبانه در جبهه. مدارک ضمیمه شود.

| ردیف | تاریخ شروع | تاریخ خاتمه | نهاد یا ارگان اعزام کننده | 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 ☐ مفقودالثر ☐ آزاده ☐

نام و نام خانوادگی ایشان :

محل و زمان ( شهادت / اسارت / مفقود شدن )

زمان :

چنانچه مجروح یا جانباز می باشید : مجروح ☐ جانباز ☐ نوع آسیب دیدگی ☐ زمان و محل وقوع :

آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید : بله ☐ خیر ☐

مشخصات ۳ نفر از افراد مورد اطمینانی که شما را کاملاً می شناسند و دو نفر از دوستان زمان تحصیل که با شما آشنایی نزدیک داشته باشند و هیچ گونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند، به ترتیب ذکر نمایید :

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

آدرسهای محل سکونت بطور دقیق نوشته شود :

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

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

| 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 ..... داوطلب شرکت درآزمون دستیاری دوره ..... دانشگاه علوم پزشکی..... این فرم را در تاریخ ..... صادقانه و بادقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات را به عهده گرفته در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت.

امضاء و مهر نظام پزشکی

تاریخ تکمیل فرم :