

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید.

بسمه تعالی

محل الصاق عکس

۳*۴

فرم شماره ۲

برگ مشخصات مربوط به بررسی صلاحیت عمومی داوطلبان آزمون Ph.D

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

رشته های گروه پزشکی، سال تحصیلی

دانشگاه محل تحصیل دوره: کارشناسی ارشد یا دکترای حرفه ای:	رشته تحصیلی دوره کارشناسی ارشد یا دکترای حرفه ای:
سال ورود و فراغت از تحصیل:	رشته امتحانی دوره Ph.D:

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

نام خانوادگی: نام نام پدر شماره شناسنامه:

محل صدور: تاریخ تولد: مذهب: تابعیت:

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 صورت گذراندن دوره به صورت میهمان یا انتقال:

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	میهمان یا انتقال
۱				
۲				
۳				

در صورت شرکت در آزمون Ph.D دوره های قبل جدول زیر را تکمیل نمایید.

مثبت	منفی
نتیجه مرحله اول آزمون	
نتیجه مرحله دوم آزمون	
نتیجه نهائی آزمون	

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی

نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	آدرس 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: نسبت فامیلی شما با وی:

محل و زمان (شهادت/ اسارت/ مفقود شدن)

مشخصات ۴ نفر از افرادی که شما را کاملاً شناخته و قابل دسترس می باشند ذکر نمائید. ح

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	آدرس و تلفن
۱				
۲				
۳				
۴				

آدرس و محل سکونت به طور دقیق نوشته شود:

	استان	شهر	آدرس 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 با ذکر نوع فعالیت در یک سطر شرح دهید:

۳-

۲-

شماره تلفن ضروری جهت تماس ۱-

اینجانب متعهد می گردم که بندهای مذکور در این فرم را بدون اشتباه و براساس مدارک تکمیل نموده و در صورت وجود هرگونه مغایرت و یا عدم صحت مندرجات فوق، مسئولیت کلیه عواقب آن بر عهده اینجانب خواهد بود.

تاریخ تنظیم

امضاء