

فرم اطلاعات دانشجویان



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نام:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نام خانوادگی:

نام پدر: تاریخ تولد: / / جنسیت: زن ☐ مرد ☐

محل صدور شناسنامه: سریال شناسنامه:

شماره شناسنامه: کد ملی:

ملیت: قومیت:

دین: مذهب:

شاغل: بلی ☐ خیر ☐ عنوان شغل:

محل اقامت: بومی ☐ غیر بومی ☐ وضعیت تاهل: مجرد ☐ متاهل ☐

نام و نام خانوادگی همسر: تعداد فرزندان:

کدملی همسر: شماره شناسنامه همسر:

شماره دانشجویی: رشته تحصیلی: دانشکده:

مقطع تحصیلی: کاردانی ☐ کارشناسی ☐ کارشناسی ارشد ☐ دکتری حرفه ای ☐ تخصص ☐ PhD ☐

دوره: روزانه ☐ شبانه ☐ پیوسته ☐ ناپیوسته ☐ وضعیت: مهمان ☐ انتقالی ☐ قبولی دانشگاه ☐

محل تحصیلی قبلی: رشته تحصیلی مقطع قبلی:

دانشجو تحت پوشش بیمه: خدمات درمانی ☐ تامین اجتماعی ☐ روستایی ☐ سایر ☐ می باشد.

دانشجو در صورت تحت پوشش نبودن بیمه و درخواست به اداره بیمه سلامت (بیمه ایرانیان) مراجعه نمایید. هزینه توسط خود دانشجو پرداخت گردد.

مشخصات خانوادگی (پدر، مادر، خواهران، برادران - همسر، فرزندان)

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	نام پدر	میزان تحصیلات	شغل	آدرس محل کار و سکونت

تواناییهای فردی دانشجو (علمی - فرهنگی - هنری - ورزشی) مقام کسب شده در زمینه های مزبور ذکر شود.

آدرس کامل سکونت دانشجو:

استان شهرستان خیابان کوچه پلاک کد پستی

تلفن ثابت: - تلفن همراه: آدرس ایمیل:

* اینجانب متعهد می شوم که در صورت تغییر آدرس در اولین فرصت به امور دانشجویی دانشکده مربوطه اطلاع دهم، در غیر این صورت دانشکده هیچگونه مسئولیتی در قبال خدمات دانشجویی به اینجانب نخواهد داشت.

تاریخ و امضا دانشجو

مهر و امضا

امور دانشجویی دانشکده

لطفا فرم تکمیل شده را به امور دانشجویی مربوطه تحویل دهید.