

فرم شماره ۲

برگ مشخصات مربوط به بررسی صلاحیت عمومی داوطلبان آزمون کارشناسی ارشد
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
رشته های گروه پزشکی، سال تحصیلی ۹۰-۹۱

| | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| دانشگاه محل تحصیل دوره کارشناسی: | رشته تحصیلی دوره کارشناسی: |
| سال ورود و فراغت از تحصیل: | رشته امتحانی دوره کارشناسی ارشد: |

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

نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه: نام و نام خانوادگی قبلی: نام و نام خانوادگی قبلی:

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:

کارکنان وزارت بهداشت و درمان ۲۰٪

رزمندگان و ایثارگران ۲۰٪

مناطق محروم ۱۰٪

آزاد ۵۰٪

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 کارشناسی ارشد 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 | | | | | | |



آزاده

وابستگی درجه یک به خانواده شهید مفقود الاثر

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 کیفی 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

۲۳- مشخصات سه نفر ازدوستان صمیمی و نزدیک :

| نام و نام خانوادگی | میزان تحصیلات | شغل | مدت آشنایی | آدرس | شماره تلفن |
|--------------------|---------------|-----|------------|------|------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

۲۴- چنانچه تاکنون با ارگان دولتی و یا نهاد انقلابی همکاری و یا ارتباط داشته اید جدول زیر را تکمیل نمایید

| ردیف | نام نهاد یا ارگان | از تاریخ | تا تاریخ | نوع همکاری و ارتباط | آدرس و شماره تلفن محل فعالیت |
|------|-------------------|----------|----------|---------------------|------------------------------|
| | | | | | |

۲۵- نشانی دقیق محل سکونت خانوادگی و تلفن تماس را به شرح ذیل اعلام می دارم و در صورت تغییر کتباً گزارش خواهم نمود.

استان : شهر : خیابان : پلاک : کدپستی :
تلفن ثابت : کد شهرستان : تلفن همراه : آدرس پست الکترونیکی :
اینجانب موارد خواسته شده بالا را بطور دقیق و واقعی تکمیل نموده ، صحت اطلاعات مندرج را تأیید می نمایم و بدینوسیله تقاضای ثبت نام و تحصیل در این دانشگاه را دارم.

امضاء دانشجو

تاریخ تکمیل فرم

مدیریت محترم امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی.....

سلام علیکم

احتراماً نظر به اینکه دانش آموخته معرفی شده ذیل در رشتهمقطع
..... این دانشگاه پذیرفته شده ،خواهشمند است دستور فرمائید گزارش تحصیلی
مقطع قبلی وی راجهت تکمیل مدارک پرونده دانشجو به نشانی ذیل ارسال نمایند.

مشخصات مقطع قبلی

نام : نام خانوادگی :
نام پدر: شماره شناسنامه :
رشته تحصیلی : سال ورود:
تاریخ پایان دوره: مقطع:
دوره : ○ روزانه، ○ شبانه کد ملی:

موارد درخواستی :

- گواهی فراغت از تحصیل بادرچ تاریخ، سهمیه قبولی(ومورد خاص در صورت وجود)
- ریز نمرات تأیید شده دوره قبل (ممهوره به مهر و امضاء مدیریت آموزشی)
- مدت بهره مندی از مزایای آموزش رایگان .
- میزان دریافتی وام مسکن، وام تحصیلی، کمک هزینه،
- تعهدات دانشجویی (خدمتی) ، تعهد خاص .
- وضعیت خدمت نیروی انسانی .
- گواهی اعلام فراغت از تحصیل به نظام وظیفه

مهندس محمدرضا امینی پور
مدیر امور آموزشی دانشگاه

بسمه تعالی

فرم تعهد شماره ۱ :

اینجانب: فرزند: به شماره شناسنامه: صادره از: ساکن (نشانی

کامل) (.....)

که در آزمون مقطع کارشناسی ارشد رشته: سال تحصیلی ۹۰-۹۱ وزارت

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پذیرفته شده ام، متعهد می شوم که در سایر موسسات آموزشی (وابسته و غیر وابسته

به وزارت بهداشت) در مقطع کارشناسی ارشد یا بالاتر ثبت نام نکرده ام و اشتغال به تحصیل نیز ندارم و در صورتی که

خلاف آن ثابت شود قبولی اینجانب کان لم یکن تلقی شود.

نام و نام خانوادگی :

امضاء :

تاریخ :

معاونت آموزشی و امور دانشجویی

مرکز سنجش آموزش پزشکی

بسمه تعالی

فرم تعهد شماره ۲:

اینجانب: فرزند: به شماره شناسنامه: صادره از: ساکن (نشانی

کامل) (.....)

که با هزینه دولت برای ادامه تحصیل در رشته: مقطع: از تاریخ
..... در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی پذیرفته شده ام ضمن عقد
خارج لازم متعهد می شوم. ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که از مفاد آن اطلاع حاصل کرده ام را
رعایت نموده اقدامی که خلاف شئون دولت جمهوری اسلامی و مقررات جاری کشور باشد بعمل نیاورم و دوره تحصیلی
ام را در مدت معمول برابر مقررات آن با موفقیت بگذارم و موظف هستم در طول تحصیل
به طور تمام وقت در اختیار دانشگاه محل تحصیل باشم و پس از اتمام دوران تحصیل برابر ایام تحصیل را در هر محلی که
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین نماید خدمت نمایم و چنانچه به هر علتی که مورد تأیید وزارت مذکور
نباشد از تحصیل اخراج و یا محروم شوم و یا بعد از پایان دوره تحصیل از انجام تعهدات که یک برابر ایام تحصیل میباشد
استنکاف نمایم متعهد می گردم معادل دو برابر شهریه و هزینه تحصیلی مصروفه را به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و
آموزش پزشکی بصورت یکجا و بدون هیچگونه قید و شرطی به صندوق دولت بپردازم و چنانچه نشانی خود که در تعهد
نامه قید شده است را تغییر دهم فوراً مراتب را به وزارتخانه اطلاع دهم والا ارسال کلیه اخطاریه ها و ابلاغ ها و ابلاغ ها به
محل تعیین شده در این تعهد نامه ابلاغ قانونی تلقی می شود./

محل امضاء متعهد: معاونت آموزشی و امور دانشجویی

مرکز سنجش آموزش پزشکی

تذکر:

- ۱- پس از تکمیل، فرمهای مربوطه می بایست اسکن و در قسمت ثبت نام اینترنتی ارسال گردد.
- ۲- از کلیه فرمهای تکمیل شده یک نسخه تهیه و پس از پرینت در موعد مقرر تحویل مسئول ثبت نام گردد.
- ۳- از فرم شماره ۲۴ یک نسخه تکمیل شده دیگری به صورت جداگانه پرینت و به همراه دو قطعه عکس ۴*۳ جدید و فتوکپی تمام صفحات شناسنامه و کارت ملی در یک پاکت تحویل مسئول ثبت نام گردد.