فرم مشخصات

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زابل (سال تحصیلی۱۴۰۶-۱۴۰۵)

معاونت آموزشی

فرم مشخصات دانشجویان جدیدالورود :

۱- نام: نام خانوادگی : نام پدر :

شماره شناسنامه : محل صدور : محل تولد:

تاریخ تولد : / / ۱۳ کد ملی:

۲- جنس : زن ○ مرد ○ ۳-دین : ۴-مذهب:

۵- وضعیت بومی : ○ غیر بومی ○ ۶- وضعیت تاهل : مجرد ○ متاهل ○

۷-دانشجوی رشته: ۸-دوره : روزانه ○ شهریه پرداز ○

۹-در صورتیکه قبلاً در مقطع کاردانی ، کارشناسی ، کارشناسی ارشد و دکتری مشغول به تحصیل بوده اید نام رشته تحصیلی را بنویسید:

۱۰- آیا طرح لایحه نیروی انسانی را انجام داده اید : بلی ○ خیر ○

۱۱- سال فراغت از تحصیل بر حسب (روز- ماه- سال) مقطع قبلی را بنویسید : / / ۱۳

۱۲- نام دانشگاه یا موسسه آموزش عالی محل تحصیل مقطع قبلی را بنویسید :

۱۳- وضعیت نظام وظیفه :کارت پایان خدمت○ معافیت تحصیلی ○معافیت پزشکی ○ دفترچه آماده بخدمت ○

به سن مشمولی نرسیده ام ○ عضو رسمی سپاه ○استخدام نیروهای انتظامی ○ استخدام ارتش ○ غیره ○

۱۴-نوع سهمیه قبولی : ایثارگران ۵٪ ○ ایثارگران ۲۵٪ ○ مناطق: ۱ ○ ۲ ○ ۳ ○ سایر

۱۵- آیا در دوران آموزش عالی ترک تحصیل داشته اید : بلی ○ خیر ○

- در صورت بلی مدت آنرا ذکر کنید : از تاریخ / / ۱۳ تا / / ۱۳

۱۶- آیا در دوران تحصیل آموزش عالی تغییر رشته داده اید : بلی ○ خیر ○

- در صورت پاسخ بلی : نام رشته نام دانشگاه قبلی :

۱۷- آیا از تحصیل انصراف داده اید : بلی ○ خیر ○

- لطفاً در صورت(بلی)نام رشته قبلی خود وتاریخ آن را ذکر کنید :

۱۸- آدرس دقیق محل سکونت: .....

.....۱۹- کد پستی : .....

۲۰- شماره تلفن (با ذکر کد شهرستان): .....

۲۱-وضعیت اشتغال به کار : .....

۲۲- آدرس محل کار (در صورت اشتغال) :.....۲۳- تلفن (با ذکر کد شهرستان):

امضاء و تاریخ