|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| آرم 2.jpg | | | | | | | بسمه تعالی  فرم مشخصات پذیرفته شدگان کارشناسی ارشد سال تحصیلی 1405-1404 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | الصاق عکس | | | |
| نام کامل دانشگاه محل اخذ کارشناسی | | | | | | | رشته تحصیلی | | | | | | | | | سال ورود | | | | | | | | | | | سال فراغت از تحصیل | | | | | | | | | رشته پذیرفته شده کارشناسی ارشد | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| نام خانوادگی: | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | نام: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| نام خانوادگی | |  |  |  | |  | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  |  | | | |  | |  | | |  | |  |  | |  |  |
| نام | |  |  |  | |  | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  |  | | | |  | |  | | |  | |  |  | |  |  |
|  | |  | | |  | | | | | | | |  | |  | | | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | |  | | | | | | | |  | | | |
| شماره شناسنامه | | | | | نام پدر | | | | | تاریخ تولد | | | | | | | | محل تولد | | | | | | | صادره | | | | | | | دین و فرقه مذهبی | | | | | | | | | | | | | |
| کدملی | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| نام و نام خانوادگی قبلی | | | | | وضعیت خدمت نظام وظیفه | | | | | | | | | | | | | شغل پدر | | | | | | شغل مادر | | | | | | | | وضعیت تاهل | | | | | | | نام مستعار | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| نام ونام خانوادگی، میزان تحصیلات، شغل و محل کار همسر | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| آدرس و تلفن محل زندگی والدین | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **در صورتیکه پرسنل پیمانی یا رسمی قطعی نیروهای مسلح یا دیگران دوائر دولتی و نهادهای انقلابی هستید یک نسخه حکم حقوقی و نیز گواهی دال بر اشتغال و موافقت نامه مبنی بر ادامه تحصیل خود را الصاق نمائید. در غیر این صورت وضعیت اشتغال خود را مرقوم فرمائید.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| کادر ذیل مربوط به دانشجویان ناپیوسته است. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| نام کامل دانشگاه اخذ مدرک کاردانی | | | | | | | | | رشته تحصیلی | | | | | | | | | | سال ورود | | | | | | | | | | | سال فراغت از تحصیل | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| نام دانشگاه هائی را که به صورت میهمان یا انتقال سنوات یا ایامی را به تحصیل اشتغال داشته اید را در جدول ذیل قید بفرمائید: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ردیف | نام دانشگاه | | | | | | | | | | تاریخ شروع | | | | | | | | | | | | تاریخ پایان | | | | | | | | | | | | | | میهمان یا انتقال | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |

داوطلب گرامی: ضمن تبریک ورود شما به مقطع کارشناسی ارشد این دانشگاه مستدعی است این فرم را ابتدا با دقت مطالعه و آنگاه نسبت به تکمیل پشت و روی فرم با خط کاملا خوانا و بدون قلم خوردگی مبادرت نموده تا روند تعیین صلاحیت عمومی شما مستلزم طول زمان نگردد. 1- چنانچه فارغ التحصیل دانشگاه آزاد اسلامی هستید واحد، منطقه و آدرس دقیق آن را مرقوم فرمائید. 2- این فرم می بایست در دو نسخه تکمیل گردد. 3- چهار قطعه عکس، کپی کامل صفحات شناسنامه، کارت ملی، کارت پایان خدمت یا معافیت تحصیل، ارائه گواهی انجام طرح و یا موافقتنامه دال بر انجام طرح پس از اتمام دوره تحصیلات و ارائه تسویه حساب اداره رفاه دانشجویان یا موافقت با ادامه تحصیل با شما الزامی است.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام مراکزی را که طرح و خدمت قانونی و یا خدمت نظام وظیفه را انجام داده اید را در جدول ذیل قید بفرمائید: | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | نوع مسئولیت | | | تاریخ شروع | | | تاریخ خاتمه |
| نام یگان خدمت وظیفه | | | | |  | |  | | |  | | |  |
| نام مرکز انجام طرح | | | | |  | |  | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| چنانچه سوابق ایثارگری دارید و یا از وابستگان درجه یک خانواده های محترم شهدا، جانبازان، آزادگان ، رزمندگان و مفقودالاثر می باشید ضمن الصاق گواهی و مستندات نوع ایثار و همبستگی را مرقوم نمائید. | | | | | | | | | | | | | |
| چانچه با ارگانها و نهادها و سایر مراکز دولتی همکاری دارید گواهی مبنی بر همکاری خود را ارائه فرمائید. | | | | | | | | | | | | | |
| مشخصات دونفر از افراد مورد وثوق و دونفر از دوستان زمان تحصیل که با شما رابطه نزدیک دارند و هیچگونه وابستگی خانوادگی نداشته باشند را در جدول ذیل مرقوم فرمائید. | | | | | | | | | | | | | |
| ردیف | نام ونام خانوادگی | | شغل | | | نحوه آشنائی | | مدت زمان آشنائی | | | آدرس و تلفن | | |
| 1 |  | |  | | |  | |  | | |  | | |
| 2 |  | |  | | |  | |  | | |  | | |
| 3 |  | |  | | |  | |  | | |  | | |
| 4 |  | |  | | |  | |  | | |  | | |
| آدرس دقیق محل سکونت خود را به طور دقیق در کادر ذیل مرقوم فرمائید: | | | | | | | | | | | | | |
| نام استان | | | | نام شهر | | | | | تاریخ شروع و خاتمه اقامت | | | آدرس و نام منطقه پستی | |
| فعلی | |  | |  | | | | |  | | |  | |
| قبلی | |  | |  | | | | |  | | |  | |

**نکات کاملا قابل توجه**

چنانچه سوابق محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاهها و یا سابقه کتبی یا شفاهی در کمیته های انظباطی و حراست دانشگاهها و هیات رسیدگی به تخلفات اداری کارکنان و مراجع قضلئی دارید آنرا به طور شفاف و مکتوب به این فرم الصاق و تا روند تعیین صلاحیت عمومی شما مشمول تاخیر زمانی نگردد. 2- هرگونه همکاری و یا وابستگی به گروههای معاند و مخالف نظام جمهوری اسلامی و ولایت فقیه، داشته اید به اختصار مرقوم فرمائید.

|  |  |
| --- | --- |
| اینجانب پذیرفته شده کارشناسی ارشد رشته ..................دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی کرمانشاه این فرم را در روز .........به تاریخ..........صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات آنرا بعهده گرفته و درصورت اثبات خلاف درج مطالب فوق و محروم شدن از ادامه تحصیل حق هیچگونه اعتراضی را نخواهم داشت. ..........................  ........................................................................................................ امضاء | |
| شماره تلفن: | آدرس اینترنتی |
| شماره تلفن ثابت: |