|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| آرم 2.jpg | بسمه تعالیفرم 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:  |