

فرم اطلاعات دستیاران رشته های تخصصی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

دانشگاه پذیرفته شده	
رشته پذیرفته شده	
سال شروع دوره	
دوره قبولی دستیاری	
سهمیه	
تابعیت	
نیمسال ورود	
تاریخ ثبت نام	14 / /
نوع تعهد خدمتی	خاص / عام
محل تعهد	
محل استخدام	
عنوان شغل	
نوع مدرک	

محل تحصیل پزشکی عمومی	
سال ورود به دوره	
نوع پذیرش	
سال فراغت از تحصیل	
معدل کل	
شماره نظام پزشکی	
وضعیت انجام طرح	

نام و نام خانوادگی	
امضاء و تاریخ	
مهر نظام پزشکی	

شماره دستیاری	
نام خانوادگی / نام	
جنس	
نام پدر	
شماره شناسنامه	
کد ملی	
تاریخ تولد	14 / /
استان محل تولد	
شهر محل تولد	
محل صدور شناسنامه	
دین / مذهب	
وضعیت تأهل :	تعداد فرزندان
پروانه دائم پزشکی	
وضعیت نظام وظیفه	پایان خدمت
	معافیت پزشکی
	نیروی نظامی / انتظامی
	مشمول
وضعیت تحصیل	در حال تحصیل
	انتقال از سایر دانشگاهها
	میهمان از سایر دانشگاهها
	تغییر رشته
تلفن ثابت :	
تلفن همراه :	
نشانی محل سکونت	
کد پستی:	
E.mail	



با سمه تعالی

فرم مشخصات پذیرفته شدگان دستیاری تخصصی سال تحصیلی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی، فرمانی، کرمانشاه

نام کامل دانشگاه محل اخذ دکترای عمومی	سال ورود	سال فراغت از تحصیل	رشته تخصصی پذیرفته شده

نام :

نام خانوادگی :

نام خانوادگی	نام

شماره شناسنامه:	نام پدر	تاریخ تولد	محل تولد	صادره	دین و فرقه مذهبی
کد ملی:					
نام و نام خانوادگی قبلی	وضعیت خدمت نظام وظیفه	شغل پدر	شغل مادر	وضعیت تاهل	نام مستعار

نام و نام خانوادگی، میزان تحصیلات، شغل و محل کار همسر

آدرس و تلفن محل زندگی والدین

در صورتیکه پرسنل بیمانی یا رسمی قطعی نیروهای مسلح یا دیگر 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 ا لصاق نمائید. در غیر این صورت وضعیت اشتغال خود را مرقوم فرمائید.

پذیرفته شده دستیاری	آزاد	مستقیم	ده درصد

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
۱				
۲				
۳				

در صورتیکه سالیهای قبل در آزمون دستیاری شرکت نموده اید جدول ذیل را تکمیل نمائید :

محل آزمون	نتیجه آزمون علمی	نتیجه گزینش عمومی

دو طلب گرامی: ضمن تبریک ورود شما به منبع دستیاری تخصصی این دانشگاه متذکر است این فرم را ابتداء با وقت مطالعه و آنگاه نسبت به تکمیل پشت و روی فرم به خط کلاما خوانا و بدون قلم خوردگی مبادرت نموده تا روز تعیین صلاحیت عمومی شما مستلزم طول زمان نگردد. ۱- چنانچه فارغ التحصیل دانشگاه آزاد اسلامی، ستید، واحد، منطقه و آدرس دقیق آن را مرقوم فرمائید. ۲- این فرم می بایست در سه نسخه تکمیل گردد. ۳- پنج قلمه عکس، کپی کامل صفحات شناسنامه، کارت ملی، کارت پایان خدمت یا معافیت تحصیلی، ارزش گواهی انجام طرح و یا موافقت نامه دال بر انجام طرح پس از اتمام دوره تحصیلات تخصصی و ارائه تویه حساب اداره رفاه دانشجویان یا موافقت با ادامه تحصیل با شما الزامی است.

نام مراکزى را که طرح و خدمات قانونى و یا خدمت نظام وظیفه را انجام داده اید را در جدول ذیل قید فرمائید :

نام یگان خدمت وظیفه	نوع مسئولیت	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه
نام مرکز انجام طرح			
چنانچه سوابق ایثارگری دارید و یا از وابستگان درجه یک خانواده های محترم شهداء ، جانبازان ، آزادگان ، رزمندگان و مفقود الاثر می باشید ضمن الصاق گواهی و مستندات نوع ایثار و همبستگی را مرقوم نمائید .			
چنانچه با ارگانها و نهادها و سایر مراکز دولتی همکاری دارید گواهی مبنی بر همکاری خود را ارائه فرمائید .			

شخصات دونفر از افراد مورد وثوق و دونفر از دوستان زمان تحصیل که با شماره رابط نزدیک دارند و بچگونه وابستگی خانوادگی نداشته باشند را در جدول ذیل مرقوم فرمائید:

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	نحوه آشنائی	مدت زمان آشنائی	آدرس و تلفن
۱					
۲					
۳					
۴					

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
فعلى			
قبلى			

نکات کاملاً قابل توجه

چنانچه سوابق محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاهها و یا سابقه کتبی و شفاهی در کسبه های انضباطی و حراست دانشگاهها و مینات رسیدگی به تخلفات اداری کارکنان و مراجع قضائی دارید آنرا به طور شفاف و مکتوب به این فرم الصاق نموده تا روند تعیین صلاحیت عمومی شما مشمول تاخیر زمانی نگردد. ۲- هرگونه همکاری و یا وابستگی به گروه های معاند و مخالف نظام جمهوری اسلامی و ولایت فقیه، داشته اید به اختصار مرقوم فرمائید.

اینجانب	پذیرفته شده و استیاری رشته تخصصی	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 در صورت اثبات خلاف
درج مطالب فوق و محروم شدن از ادامه و استیاری حق بچگونه اعتراضی را نخواهم داشت.		
امضاء		
شماره تلفن همراه:	آدرس ایتمرتی:	
شماره تلفن ثابت :		

با احترام، اینجانب..... دستیار پذیرفته شده پنجاه

و سومین دوره پذیرش دستیار در رشته تخصصی

1- با توجه به مفاد موضوع 14 شصت و هشتمین نشست شورای آموزش پزشکی و تخصصی مبنی بر اینکه کلیه دستیاران موظفند موضوع پایان نامه خود را در دوره های بیش از 3 سال تا زمان معرفی به امتحان کتبی سال 2 به 3 و در دوره های سه ساله تا زمان معرفی به امتحان کتبی 1 به 2 تعیین و به ثبت رسانده باشند متعهد می شوم که نسبت به تعیین و ثبت موضوع پایان نامه خود تا زمان تعیین شده اقدام نمایم.

بدیهی است در صورت عدم تصویب پایان نامه تا زمان مقرر از معرفی به آزمون مذکور جلوگیری بعمل خواهد آمد.

2- به استناد رای شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه مورخ 90/11/30 مقرر گردیده است که پایان نامه دانشجویان تحصیلات تکمیلی (Ph.D)، تخصصی و کارشناسی ارشد (از دوره های ورودی سال 1391 الزاما در قالب طرح های پژوهشی باشد).

نام و نام خانوادگی:

امضا و تاریخ: