

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه:

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	نهاد یا ارگان اعزام کننده	محل خدمت
۱				
۲				
۳				

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی

ردیف	نام محل	استان	شهر	نوع فعالیت	نوع ارتباط	تاریخ شروع و خاتمه
۱						
۲						

وابستگی درجه یک به خانواده شهید مفقودالامر اسیر نام خانوادگی ایشان

نسبت فامیلی شما با ایشان محل شهادت/اسارت مفقود شدن

چنانچه مجروح یا جانباز می باشید: مجروح جانباز نوع آسیب دیدگی زمان و محل وقوع

آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید: بلی خیر

مشخصات دو نفر از افراد مورد اطمینانی که شمار را کاملا می شناسند و دونفر از دوستان زمان تحصیل که با شما آشنایی نزدیک داشته باشند و هیچ گونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند به ترتیب ذکر نمایند.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	نحوه آشنایی	آدرس و تلفن
۱					
۲					
۳					

آدرس محل سکونت به طور دقیق نوشته شود.

آدرس	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه اقامت
فعلی				
قبلی				

سابقه محکومیت کیفری یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه پس از بازگشایی دانشگاهها یا هرگونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی.

ردیف	نوع سابقه	تاریخ و وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱				
۲				

چنانچه دارای وابستگی گروهکی می باشید با ذکر نوع فعالیت در یک سطر شرح دهید:

.....

شماره تلفن ضروری جهت تماس:

اینجانب داوطلب شرکت در آزمون چهلمین دوره دستیاری پزشکی این فرم را در تاریخ صادقانه و با

دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات آن را به عهده گرفته و در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هیچ گونه اعتراضی

نسبت به نتیجه بررسی صلاحیت های عمومی خود را نخواهم داشت .

تاریخ و امضاء