

مشخصات فردی دستیاری
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل
معاونت آموزشی

اطلاعات شناسنامه ای:

نام: نام خانوادگی: نام پدر: جنس:

وضعیت تاهل: مجرد متاهل شماره ملی: شماره شناسنامه:

تاریخ تولد: روز..... ماه..... سال..... محل صدور شناسنامه: استان محل تولد:

شهر محل تولد: تعداد فرزندان: وضعیت نظام وظیفه: ملیت:

شماره نظام پزشکی: دانشجوی: بومی غیر بومی وضعیت پروانه دائم: دارد ندارد

اطلاعات فعلی پذیرش دوره دستیاری:

دانشگاه پذیرفته شده: رشته قبولی: سهمیه ثبت نامی:

نوع تعهد خدمتی: محل تعهد: سال شروع دروه:

محل استخدام: نوع استخدام:

اطلاعات مربوط به تحصیلات مقاطع قبلی:

نام دانشگاه محل تحصیل قبلی: مقطع: تاریخ شروع به تحصیل:

نوع پذیرش: تاریخ فراغت از تحصیل: معدل کل: وضعیت انجام طرح:

نشانی پستی و شماره تماس:

شماره همراه: شماره ثابت: کد شهرستان:

پست الکترونیک: نشانی پستی:

* نام و نام خانوادگی همسر: * شغل و محل کار همسر:

* تلفن همسر: * تلفن محل سکونت والدین:

* نشانی و محل سکونت والدین:

* شماره تماس اضطراری در صورت نیاز:

تاریخ و امضاء

اعلام آمادگی شروع دوره دستیاری و تعهد رفع نقص مدارک
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل
معاونت آموزشی

نظر به اینکه اینجانب در مقطع رشته

دوره آزمون پذیرش دستیاری تخصصی دندانپزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل با سهمیه ثبت نامی پذیرفته شده ام، ضمن اطلاع کامل از مفاد دستور العمل های مربوطه بدینوسیله آمادگی خود را جهت شروع دوره دستیاری حداکثر تا تاریخ / / ۱۴ اعلام می دارم.

در ضمن چنانچه هر گونه نقص مدارک از نظر نظام وظیفه، تاریخ پایان دوره پزشکی عمومی، طرح نیروی انسانی، گواهی بلا مانع بودن ثبت نام و ادامه تحصیل (حکم ماموریت آموزشی)، مجوز ادامه تحصیل از صندوق رفاه دانشجویان، تعهد محضری و غیره داشته باشم، متعهد می گردم در موعد مقرر طبق مقررات وزارت بهداشت نسبت به رفع آن و تحویل گواهی مربوط اقدام نمایم در غیر این صورت آن واحدمجاز خواهد بود طبق مقررات جاری با اینجانب رفتار نماید و چنانچه تا تاریخ / / ۱۴ به هر دلیل قادر به ارائه مدرک لازم ثبت نام نباشم و حداکثر تا تاریخ / / ۱۴ دوره مربوطه را شروع ننمایم، موضوع پذیرش مشروط اینجانب منتفی می باشد.

نشانی محل کار:

نشانی محل سکونت:

نام و نام خانوادگی:

امضاء و تاریخ:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیات مرکزی گزینش دانشجو

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون دستیاری سال

گروه دندانپزشکی

تاریخ آزمون رشته پذیرفته شده : مقطع رشته و مقطع دانشگاه محل تحصیل مقطع

قبلی : رشته تحصیلی : سال ورود : سال فارغ التحصیل :

تذکر ۱ : چنانچه این فرم ناقص تکمیل گردد به آن ترتیب اثر داده نخواهد شد.

تذکر ۲ : قسمتهایی که جواب ندارد با خط تیره مشخص گردد.

تذکر ۳ : مدارکی که باید پیوست شود : دو قطعه عکس، تصویر صفحات شناسنامه و کارت ملی، افرادی که در استخدام

رسمی دولت یا نیروهای نظامی و انتظامی می باشند یک نسخه از حکم استخدامی ممهور به مهر کارگزینی محل خدمت

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

نام خانوادگی :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

نام :

کد ملی شماره شناسنامه نام پدر تاریخ تولد

..... محل تولد دین مذهب وضعیت تاهل

وضعیت خدمت وظیفه تابعیت نام و نام خانوادگی قبلی

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

همسر شغل پدر شغل مادر

آدرس محل زندگی والدین :

 متقاضی استفاده از سهمیه : آزاد مربیان هیات علمی : رزمندگان و ایثارگران :

نام دانشگاههای محل تحصیل به صورت مهمان یا انتقالی :

| ردیف | نام دانشگاه | تاریخ شروع | تاریخ پایان | میهمان یا انتقال |
|------|-------------|------------|-------------|------------------|
| ۱ | | | | |
| ۲ | | | | |
| ۳ | | | | |

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی :

| فعالیت فعلی | نام محل کار | مسئولیت | تاریخ شروع و خاتمه | نوع استخدام | آدرس دقیق و تلفن |
|------------------|-------------|---------|--------------------|-------------|------------------|
| | | | | | |
| طرح خارج از مرکز | | | | | |

*کارکنان رسمی دولت و پرسنل رسمی نیروهای انتظامی لازم است تصویر حکم کارگزینی خود را ضمیمه نمایند.

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 | تاریخ شروع و خاتمه | نوع فعالیت | ارتباط |
|------|---------|-------|-----|--------------------|------------|--------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

وابستگی درجه یک به خانواده شهید مفقودالامر آزاده نام و نام خانوادگی ایشان

نسبت فامیلی شما با وی محل شهادت - اسارت - مفقود شدن زمان

چنانچه مجروح یا جانباز می باشید درصد آنرا بنویسید:

آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید بله خیر

مشخصات ۳ نفر از افراد مورد اطمینان که شما را کاملاً می شناسند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند به ترتیب ذکر نمایید.

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

نام ۳ نفر از اساتید دانشگاه محل تحصیل که شما را می شناسند ذکر نمایید.

| ردیف | نام و نام خانوادگی | رشته تحصیلی | دانشکده یا بیمارستان | گروه آموزشی |
|------|--------------------|-------------|----------------------|-------------|
| ۱ | | | | |
| ۲ | | | | |
| ۳ | | | | |

آدرسهای محل سکونت به طور دقیق نوشته شود :

| | استان | شهر | آدرس پستی | تاریخ شروع و خاتمه اقامت | تلفن و آدرس |
|------|-------|-----|-----------|--------------------------|-------------|
| فعلی | | | | | |
| قبلی | | | | | |

سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت در دانشگاه پس از بازگشایی دانشگاهها یا هر گونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی

| ردیف | نوع سابقه | تاریخ 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 همراه E-MAIL:

اینجانب داوطلب شرکت در آزمون دستیاری سال دانشگاه علوم پزشکی بابل این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت مندرجات را بعهده گرفته در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون نخواهم داشت.

امضاء

فرم شماره ۴

بسمه تعالی

معاونت دانشجویی و فرهنگی

دانشگاه علوم پزشکی بابل

واحد امور دانشجویی

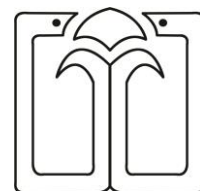
پرسشنامه اجتماعی دانشجویان

با سلام و تبریک قبولی در این دانشگاه، لطفاً جهت بهره مندی از انواع تسهیلات (وامهای دانشجویی، تغذیه و بیمه حوادث دانشجویی) نسبت به تکمیل کامل و دقیق اطلاعات زیر اقدام فرمائید.

- ۱- نام: نام خانوادگی: (با ذکر پسوند) نام پدر: جنسیت:
- شماره شناسنامه: کد ملی: سری سریال شناسنامه تاریخ تولد: / / ۱۳
- محل صدور: سهمیه قبولی (منطقه): سهمیه ثبت نامی (شاهد، ایثارگر، آزاد و ...)
- ۲- رشته قبولی (تحصیلی): نام دانشکده شماره دانشجویی:
- شروع تحصیل: نیمسال اول نیمسال دوم
- مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد تخصص فوق تخصص
- نام مقطع قبلی نام دانشگاه :
- ۳- وضعیت تاهل : مجرد متاهل
- (در صورت متاهل بودن کپی شناسنامه صفحه اول و دوم و کپی کارت ملی همسر ضمیمه شود).
- ۴- شغل پدر : کارمند کشاورز کارگر بازنشسته شغل آزاد فوت شده
- ۵- وضعیت خاص فرد دانشجو: فرزند شهید اسیر یا مفقود الاثر جانباز درصد جانبازی
- ۶- آدرس محل سکونت: استان : شهر: خ اصلی : خ فرعی : کوچه:
- پلاک:
- تلفن منزل : تلفن همراه (موبایل): کدپستی:
- ۷- یک برگ فتوکپی شناسنامه صفحه اول و دوم، کارت ملی و دو قطعه عکس ضمیمه شود.
- ۸- چنانچه در مقطع قبلی در دانشگاه آزاد یا دانشکده‌های مرتبط به وزارت علوم، تحقیقات و فناوری فارغ التحصیل شده اید. تحویل یک برگ کپی مدرک تحصیلی ضمیمه شود.
- *تذکر: تکمیل فرم مذکور و تحویل آن به واحد امور دانشجویی الزامی می باشد.

امور دانشجویی دانشگاه

امضاء دانشجو



بسمه تعالی
فرم تعهد مضمولین

دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی بابل

اینجانب پذیرفته شده ----- دوره
آزمون پذیرش دستیار تخصصی دندانپزشکی، تعهد می
نمایم دفترچه آماده به خدمت بدون مهر غیبت و با تاریخ
معتبر را در اسرع وقت به این امور مضمولین تحویل نمایم در
غیر این صورت عواقب ناشی از آن به عهده خودم خواهد
بود.

نام و نام خانوادگی:

رشته قبولی:

تاریخ:

امضاء:



بسمه تعالی

**فرم تعهد نامه عدم اشتغال به کار
(مخصوص افرادی که هیچگونه اشتغالی ندارند)**

اینجانب به شماره دستگیری پذیرفته
شده در دوره آزمون پذیرش دستگیری رشته تخصصی
..... دانشگاه علوم پزشکی بابل اعلام می نمایم که در زمان ثبت نام و در
طول تحصیل در این دانشگاه در هیچ سازمان یا موسسه ای بصورت رسمی یا پیمانی
مشغول بکار نمی باشم و در صورت خلاف این ادعا دانشگاه می تواند از ادامه تحصیل
اینجانب جلوگیری بعمل آورد و حق هیچگونه اعتراضی را نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی.....

امضاء دانشجو.....

تاریخ.....

فرم شماره ۷



تاریخ تکمیل فرم امضاء

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی

خدمات بهداشتی درمانی بابل

معاونت آموزشی

فرم تعهد نامه ارائه مرخصی بدون حقوق / ماموریت آموزشی

(مخصوص افرادی که در یکی از دانشگاهها یا ادارات دولتی مشغول بکار می باشند)

اینجانب به شماره دستگیری پذیرفته

شده در نیمسال اول دوم سال تحصیلی ۱۴ - ۱۴ در مقطع تخصص رشته

..... دانشگاه علوم پزشکی بابل تعهد می نمایم که با توجه به اشتغال بصورت

رسمی ، پیمانی در سازمان / موسسه حداکثر تا پایان ترم اول

نسبت به ارائه موافقت بدون قید و شرط محل کار خود را جهت ادامه تحصیل از بالاترین

مقام مسئول سازمان مذکور ارائه نمایم در غیر اینصورت دانشگاه می تواند از ادامه تحصیل

اینجانب جلوگیری بعمل آورد.

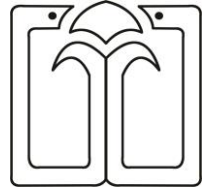
نام و نام خانوادگی

امضاء دانشجو

تاریخ

فرم شماره ۸

بسمه تعالی
فرم تعهد دانشجویان سال آخر



دانشگاه علوم پزشکی
وخدمات بهداشتی، درمانی بابل

اینجانب پذیرفته شده
..... دوره آزمون پذیرش دستیار تخصصی
دندانپزشکی، و متعهد می گردم تا تاریخ ۱۴۰۱/۰۶/۳۱ فارغ التحصیل
شوم و در غیر این صورت، نسبت به کان لم یکن نمودن ثبت نام از
طرف دانشگاه، حق هر گونه اعتراض را از خود سلب نمایم.

نام و نام خانوادگی :

رشته قبولی :

تاریخ :

امضا: