

محل الصاق عکس

فرم مشخصات فردی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنوز

نام خانوادگی:	نام:
محل سکونت فعلی: شهر ☐ روستا ☐	نام پدر:
محل تولد: استان: شهرستان: بخش:	تاریخ تولد: روز ماه سال
محل صدور شناسنامه:	شماره شناسنامه:
دین: مذهب:	شماره ملی:
تعداد فرزندان:	وضعیت تاهل: متاهل ☐ مجرد ☐ سایر ☐
وضعیت ایثارگری:	
۱- فرزند و همسر شهید: ☐ فرزند ☐ همسر ☐	
۲- فرزند و همسر جانبازان ۲۵٪ و بالاتر: ☐ فرزند ☐ همسر ☐	
۳- فرزند و همسر آزادگان بالای یکسال اسارت: ☐ فرزند ☐ همسر ☐	
۴- فرزند و همسر رزمنده دارای سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه در جبهه: ☐ فرزند ☐ همسر ☐	
۵- فرزند جانبازان زیر ۲۵٪ و آزادگان زیر یکسال اسارت: ☐ فرزند جانباز ☐ فرزند آزاده ☐	
۶- خواهر و برادر شهید: ☐ خواهر ☐ برادر ☐	
سایر موارد: سهمیه آزاد ☐ افراد بومی محل مورد تقاضا ☐ افراد غیر بومی ☐	
مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان ☐ (مدت خدمت: روز و ماه و سال)	
آخرین مدرک تحصیلی: تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی: / / ۱۳	
رشته تحصیلی: گرایش تحصیلی: معدل:	
دانشگاه محل تحصیل:	
نشانی کامل محل سکونت:	
استان..... شهرستان..... شهر..... روستا.....	
خیابان..... کوچه..... پلاک..... کدپستی.....	
شماره تلفن ثابت و کدشهر..... شماره تلفن همراه.....	
شماره تلفن برای تماس ضروری:	
اینجانب از پذیرفته شدگان اولیه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی دزفول اطلاعات خواسته شده را تکمیل نموده ام و مسئولیت صحت کلیه مندرجات آن را به عهده می گیرم. در صورت اثبات خلاف اظهارات اینجانب در هر مقطع زمانی (قبل و بعد از اشتغال) هرگونه حقی را برای جذب در آن دستگاه از خود سلب می نمایم.	
تاریخ تنظیم فرم: امضاء و اثر انگشت متقاضی:	