

شماره پرونده:

بسم تعالی

محل الصاق عکس

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیات مرکزی گزینش دانشجو

فرم مشخصات دانشجویان بین الملل (خارج از کشور)

پذیرفته شده سال تحصیلی :

رشته انتخابی :

دانشگاه پذیرفته شده :

دانشگاه محل تحصیل قبلی :

رشته تحصیلی قبلی :

مقطع تحصیلی قبلی :

کشور محل تحصیل قبلی :

سال ورود :

سال فارغ التحصیلی :

نام خانوادگی:

Grid for family name

نام :

Grid for name

کدملی: نام پدر: تاریخ تولد: محل تولد: محل صدور: دین:
مذهب: وضعیت تاهل: وضعیت نظام 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:

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی:

Table with 7 columns: ردیف, نام محل, استان, شهر, تاریخ شروع و خاتمه, نوع فعالیت, ارتباط

وابستگی درجه یک به خانواده شهید □ مفقودالثر □ اسیر □ نام و نام خانوادگی ایشان و نسبت ایشان با شما .....

چنانچه سابقه مجروحیت دارید با درصد جانبازی ذکر بفرمائید:..... آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید: بله □ خیر □

مشخصات دو نفر از دوستان زمان تحصیل دانشگاه که با شما آشنایی نزدیک داشته باشند و ۲ نفر از افراد مورد اطمینانی که شما را کاملاً می شناسند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند را به ترتیب ذکر نمایند

Table with 6 columns: ردیف, نام و نام خانوادگی, شغل, مدت آشنایی, نحوه آشنایی, آدرس و تلفن

آدرسهای محل سکونت به طور دقیق نوشته شود:

Table with 5 columns: استان, شهر, آدرس پستی, تاریخ شروع و خاتمه اقامت, فعلی/قبلی

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

Table with 5 columns: ردیف, نوع سابقه, تاریخ وقوع, نوع حکم, محل صدور حکم

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

شماره تلفن ضروری جهت تماس: تلفن همراه: تلفن ثابت:

اینجانب

دانشجوی انتقالی از کشور

به دانشگاه علوم پزشکی ایران، این فرم را صادقانه و با

دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته و در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت.

امضاء:

تاریخ تکمیل فرم: