

باسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اراک- واحد دستپاری

فرم ثبت نام مقطع دستپاری

دستپار گرامی خواهشمند است فرم را با دقت و بدون کسری تکمیل فرمایید.

الف) مشخصات شناسنامه ای:

- ۱) نام ۲) نام خانوادگی..... ۳) نام پدر ۴) تاریخ دقیق تولد
۵) استان محل تولد..... ۶) شهرستان محل تولد ۷) شماره شناسنامه.....
۸) محل صدور..... ۹) ملیت ۱۰) دین ۱۱) مذهب.....
۱۲) وضعیت تاهل..... ۱۳) تعداد فرزندان ۱۴) کد ملی.....
۱۵) رشته پذیرفته شده در مقطع دستپاری.....

ب) وضعیت نظام وظیفه:

- ۱) کارت پایان خدمت..... ۲) کارت معافیت دائم پزشکی..... ۳) کارت معافیت دائم
۴) کارت معافیت کفالت..... ۵) کارت معافیت موقت..... ۶) معافیت تحصیلی..... ۷) کارمند
رسمی یا پیمانی نیروی های نظامی..... ۸) اتباع بیگانه ۹) سایر موارد با ذکر مورد
مربوط

ج) سوابق تحصیلی دوره پزشکی عمومی:

- ۱) سال ورود به دوره پزشکی عمومی ۲) دانشگاه محل تحصیل دوره پزشکی عمومی
۳) تاریخ دقیق فراغت از تحصیل دوره پزشکی عمومی. به روز / ماه و سال..... ۴) معدل.....
۵) تاریخ شرکت در امتحان پیش کارورزی..... ۶) شماره نظام پزشکی
۷) وضعیت پروانه مطب: پروانه دائم مطب دارم..... پروانه موقت مطب دارم
پروانه مطب ندارم..... ۸) وضعیت پروانه دائم پزشکی: پروانه دائم پزشکی دارم.....
پروانه دائم پزشکی ندارم.....

د) وضعیت طرح نیروی انسانی:

- ۱) انجام داده ام ۲) انجام نداده ام..... ۳) معاف..... ۴) سایر موارد با ذکر مورد.....

ه) تسویه حساب صندوق رفاه :

۱) دارم ۲) ندارم..... ۳) سایر موارد با ذکر مورد.....

و) مشخصات دوره دستیاری:

۱) دوره پذیرش در آزمون دستیاری ۲) رشته پذیرفته شده :..... ۳) سهمیه پذیرش: آزاد....

ایشانگری: رزمنده..... جانباز..... آزاده..... خانواده شهدا..... فرزند شهید..... مازاد نیروهای

مسلح..... اتباع بیگانه ۲/۵ درصد انتقالی خارج از کشور

۴) نوع تعهد: عام خاص..... سهمیه مناطق محروم سهمیه مازاد نیروهای مسلح.....

محل تعهد

ز) وضعیت استخدام :

نام ارگان محل استخدام.....

ح) وضعیت سکونت:

۲۴) آدرس محل سکونت

۲۵) آدرس پست الکترونیکی.....

۲۶) شماره تلفن ثابت و همراه

تاریخ تکمیل امضا پذیرفته شده



فرم تعیین وضعیت استخدامی و سلامت جسمانی پذیرفته شدگان دوره دستیاری

الف) وضعیت استخدامی:

بدین وسیله اینجانب آقای/خانم دکتر فرزند..... با شماره شناسنامه پذیرفته شده دوره دستیاری تخصصی بالینی سال در رشته دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان مرکزی (اراک)

۱- متعهد می شوم چنانچه در استخدام سازمان و یا ارگانی باشم نوع استخدام و محل استخدام را در ذیل این برگه ثبت نمایم در غیر اینصورت چنانچه استخدام رسمی قطعی، رسمی آزمایشی، پیمانی و قراردادی هر مرکز دولتی و یا غیر دولتی اینجانب در هر مقطعی از آموزش برای دانشگاه محرز گردد حق اعمال مقررات قانونی برای دانشگاه محفوظ بوده و هیچگونه اعتراضی نخواهم داشت.

محل استخدام، آدرس محل استخدام و شماره تماس :

در استخدام هیچ ارگان دولتی و غیر دولتی نمی باشم.....

آدرس محل سکونت و شماره تماس:

۲- با توجه به مفاد کامل دستورالعمل راهنمای ثبت نام این دوره از آزمون پذیرش دستیاری بدینوسیله اعلام می نمایم ضوابط و مقررات تعیین نقص عضو مؤثر حرفه ای در رشته تخصصی بالینی پزشکی مورد پذیرش را بطور دقیق مطالعه نموده و :

۱- دارای سابقه بیماری نمی باشم.

۲- دارای سابقه بیماری به شرح ذیل می باشم:

-

-

-

امضاء دستیار:

تاریخ: