

فرم اطلاعات عمومی دانشجویان تحصیلات تکمیلی  
(کارشناسی ارشد)

نام خانوادگی: .....

نام: .....

نام پدر: ..... شماره شناسنامه: ..... محل صدور شناسنامه: .....

استان تولد: ..... تاریخ تولد: ۱۳ / / کد ملی: .....

شهر تولد: ..... بخش تولد: .....

دین: ..... مذهب: ..... ملیت: ..... تابعیت: ..... وضعیت تاهل: متاهل  مجرد

وضعیت نظام وظیفه:

مشمول هستم و معافیت تحصیلی (مجوز موقت ثبت نام) دارم  کارت هوشمند پایان خدمت وظیفه عمومی را دارا می باشم

کارت هوشمند معافیت (کفالت / پزشکی) دائم را دارا می باشم  غیره.....  شرح دهید.....

|                  |   |
|------------------|---|
| مشخصات مقطع قبلی | <input type="checkbox"/> کارشناس پیوسته   |
|                  | <input type="checkbox"/> کارشناس ناپیوسته |
|                  | <input type="checkbox"/> دکترای عمومی     |
|                  | رشته:                                     |
|                  | دانشگاه:                                  |
|                  | تاریخ فارغ التحصیلی:                      |
|                  | تاریخ پایان طرح:                          |

تاریخ شروع به تحصیل: .....

نیمسال اول

نیمسال دوم

سال تحصیلی:

نوع دوره روزانه  شبانه

رشته قبلی:

تاریخ آزمون:

سه‌میه ثبت نامی (در آزمون): آزاد  کارکنان  مریبان  استعدادهای درخشان  مناطق محروم  خانواده شهدا  رزمندگان

وضعیت اشتغال: شاغل  غیرشاغل  در صورت اشتغال: رسمی  پیمانی

مجوز ادامه تحصیل: ماموریت آموزشی  مرخصی بدون حقوق  استعفا

نوع سکونت: بومی  غیربومی  نوع سکونت دانشجویی: با خانواده  منزل اجاره ای  متقاضی خوابگاه

نشانی دائم و کدپستی: .....

ایمیل (E mail): .....

|                    |
|--------------------|
| تلفن همراه دانشجو: |
| تلفن همراه والدین: |
| تلفن ثابت:         |

تاریخ تکمیل فرم:

امضاء دانشجو:



بسمه تعالی

## برگ درخواست نامنویسی (کارشناسی ارشد)

اینجانب: فرزند: دارای شماره شناسنامه: صادره از: متولد: / / ۱۳.....

پذیرفته شده در آزمون سال تحصیلی ..... ۱- ..... (نیمسال اول  نیمسال دوم ) دوره روزانه دانشگاه علوم پزشکی سبزوار که دوره تحصیلی خود را قبلاً در مقطع ..... رشته ..... در تاریخ / / ..... از دانشگاه / دانشگاه علوم پزشکی ..... به پایان رساندم، باتسليم مدارک اعلام شده در دستورالعمل های ثبت نامی و دفترچه های آزمون، تقاضای ثبت نام در این دانشگاه را می نمایم و متعهد میشوم:

۱- با قبول تکالیف و وظایف قانونی خود علاقمند هستم از بدو شروع تا پایان دوره تحصیلی برابر مقررات از مزایای آموزش رایگان طبق قانون مذکور استفاده نمایم.

۲- دانشجوی هیچ یک از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی در مقطع کارشناسی ارشد یا بالاتر نیستم.

۳- در هیچ یک از نهادها، موسسات و سازمانهای دولتی مشغول به کار نمی باشم و شغل موظف ندارم.

تذکر: در صورتی که در یکی از نهادها، موسسات و سازمانهای دولتی به صورت رسمی یا پیمانی مشغول به کار می باشید ارائه مرخصی استحقاقی، حکم مرخصی بدون حقوق و یا حکم ماموریت آموزشی الزامی است.

### مشخصات خانوادگی

| نسبت            | نام و نام خانوادگی | شغل | نشانی کامل محل کار یا محل سکونت |
|-----------------|--------------------|-----|---------------------------------|
| پدر             |                    |     |                                 |
| مادر            |                    |     |                                 |
| خواهر و برادر   | ۱-                 |     |                                 |
|                 | ۲-                 |     |                                 |
|                 | ۳                  |     |                                 |
| همسر            |                    |     |                                 |
| فرزند / فرزندان | ۱-                 |     |                                 |
|                 | ۲-                 |     |                                 |

نشانی دائم و کدپستی:

تلفن همراه:

تلفن ثابت:

کد ملی:

ایمیل (E-mail):

نام و نشانی و شماره تلفن یکی از بستگان یا آشنایان نزدیک:

توجه: اطلاع از مقررات آموزشی و تقویم دانشگاه از وظایف اصلی دانشجویان است و عدم اطلاع، از دانشجو سلب مسئولیت نمی کند.

امضاء دانشجو:

تاریخ:

نام و نام خانوادگی:

**فرم تعهد نامه عام**

(کارشناس ارشد)

اینجانب.....فرزند.....به شماره شناسنامه.....متولد / / ۱۳/ صادره از ..... ساکن (نشانی کامل)..... که با هزینه دولت برای ادامه تحصیل در رشته ..... در نیمسال اول  نیمسال دوم  سال تحصیلی.....-۱..... در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار پذیرفته شده ام متعهد می شوم کلیه ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که در بدو ثبت نام از مفاد آن اطلاع حاصل کرده ام را رعایت نموده و اقدامی که خلاف شئون دولت جمهوری اسلامی ایران و مقررات جاری کشور باشد بعمل نیاورم و دوره تحصیلی ام را در مدت معمول برابر مقررات آن با موفقیت بگذرانم. ضمناً موظف هستم در طول تحصیل به طور تمام وقت در اختیار دانشگاه محل تحصیل باشم و پس از اتمام دوران تحصیل برابر مدت تحصیل را در هر محلی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین نماید خدمت نمایم و چنانچه به هر علتی که مورد تایید وزارت مذکور نباشد از تحصیل اخراج و یا محروم شوم و یا بعد از پایان دوره تحصیل از انجام تعهدات که یک برابر ایام تحصیل می باشد استنکاف نمایم. متعهد می گردم معادل دوبرابر شهریه و هزینه تحصیلی مصروفه را به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بصورت یکجا وبدون هیچگونه قید و شرطی به صندوق دولت بپردازم و چنانچه نشانی خود که در تعهد نامه قید شده است را تغییر دهم فوراً مراتب را به دانشگاه محل تحصیل خود اطلاع دهم. در غیر این صورت ارسال کلیه اختاریه ها و ابلاغ ها به محل تعیین شده در این تعهد نامه ابلاغ قانونی تلقی می شود.

امضاء دانشجو

تاریخ

فرم تعهد نامه عدم اشتغال به تحصیل  
(کارشناسی ارشد)

اینجانب..... به شماره ملی ..... پذیرفته شده در نیمسال اول  نیمسال دوم

سال تحصیلی .....-۱..... ۱ مقطع کارشناسی ارشد رشته..... دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

متعهد می شوم که در زمان ثبت نام و در طول تحصیل در این دانشگاه در هیچ سازمان یا موسسه ای وابسته یا غیر

وابسته به وزارت بهداشت در مقطع کارشناسی ارشد یا بالاتر ثبت نام نکرده و در حال تحصیل نمی باشم و در صورت

خلاف این ادعا قبولی اینجانب کان لم یکن تلقی می شود.

امضاء دانشجو

تاریخ

## فرم تایید مقطع قبلی جهت پذیرفته شدگان سال آخر کارشناسی

دانشگاه / موسسه آموزش عالی.....

بدین وسیله به اطلاع می رساند خواهر/ برادر..... پذیرفته نیمسال اول / دوم در رشته.....مقطع..... دانشگاه علوم پزشکی..... از مقطع کارشناسی رشته.....این موسسه آموزش عالی در تاریخ..... فارغ التحصیل شده است (حداکثر تا.....فارغ التحصیل خواهدشد) و اشتغال به تحصیل نامبرده مورد تایید شورای عالی انقلاب  وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  می باشد.

ضمناً این فرم فقط برای اطلاع آن موسسه آموزش عالی صادر گردیده و فاقد هرگونه ارزش دیگری است.

محل مهر و امضاء مسئول امور آموزشی دانشگاه / موسسه آموزش عالی



## بسمه تعالی

لطفا در این قسمت چیزی ننویسید

برگ مشخصات مربوط به بررسی صلاحیت عمومی داوطلبان آزمون کارشناسی ارشد

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

رشته های گروه پزشکی سال تحصیلی .....۱-۱.....

دانشگاه محل تحصیل دوره کارشناسی:..... سال ورود و سال فراغت از تحصیل دوره کارشناسی:.....

رشته تحصیلی دوره کارشناسی:..... رشته انتخابی دوره کارشناسی ارشد:.....

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 فرمایید

تذکر ۳: مدارک مورد نیاز: دو قطعه عکس (به جز عکس الصاقی) به همراه تصویر صفحات شناسنامه و کارت ملی

نام خانوادگی:..... نام:..... شماره شناسنامه:..... محل صدور:..... تاریخ تولد:.....

نام پدر:..... وضعیت تاهل:..... وضعیت خدمت وظیفه:..... تابعیت:..... مذهب:.....

نام و نام خانوادگی قبلی:.....

نام و نام خانوادگی و میزان تحصیلات همسر:.....

شغل و محل کار همسر:.....

شغل پدر:..... شغل مادر:.....

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

آدرس محل زندگی والدین:.....

در صورتیکه پرسنل رسمی یکی از نیروهای نظامی، انتظامی هستید نام نیرو و تاریخ شروع به کار را ذکر نمایید.

داوطلب استفاده از سهمیه:  آزاد  مستقیم  رزمندگان و ایثارگران  کارکنان وزارت بهداشت  ده درصد

نام دانشگاههای محل تحصیل در صورت گذراندن دوره، به صورت مهمان یا انتقال:

در صورت شرکت در آزمون کارشناسی ارشد دوره های قبل جدول زیر را تکمیل نمایید.

| نتیجه                 | مثبت | منفی |
|-----------------------|------|------|
| نتیجه مرحله اول آزمون |      |      |
| نتیجه مرحله دوم آزمون |      |      |
| نتیجه گزینش عمومی     |      |      |

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی

| نام محل کار | مسئولیت | تاریخ شروع و خاتمه | نوع استخدام | آدرس دقیق و تلفن |
|-------------|---------|--------------------|-------------|------------------|
|             |         |                    |             |                  |
|             |         |                    |             |                  |

حضور در جبهه و یا خدمت سربازی: آیا نام شما در لیست اضطراری ستاد رسیدگی به وضع مصدومین و مجروحین جنگ وجود دارد؟

| ردیف | تاریخ شروع | تاریخ خاتمه | نهاد یا ارگان اعزام کننده | داوطلب | محل خدمت |
|------|------------|-------------|---------------------------|--------|----------|
| ۱    |            |             |                           |        |          |
| ۲    |            |             |                           |        |          |
| ۳    |            |             |                           |        |          |
| ۴    |            |             |                           |        |          |

آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید؟  بله  خیر

سابقه همکاری با ارگان های انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی

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

وابستگی درجه یک به خانواده شهید  مفقود الاثر  آزاده  نام و نام خانوادگی ایشان.....

نسبت فامیلی شما با وی.....محل شهادت/ اسارت/ مفقود شدن.....زمان.....

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

مشخصات دو نفر از افراد مورد اطمینانی که شما را کاملا می شناسند دو نفر از دوستان زمان تحصیل که با شما آشنایی داشته و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند، به ترتیب ذکر نمایید.

| ردیف | نام و نام خانوادگی | شغل | مدت آشنایی | نحوه آشنایی | آدرس و تلفن |
|------|--------------------|-----|------------|-------------|-------------|
| ۱    |                    |     |            |             |             |
| ۲    |                    |     |            |             |             |
| ۳    |                    |     |            |             |             |
| ۴    |                    |     |            |             |             |

آدرسهای محل سکونت به طور دقیق نوشته شود:

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

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

| ردیف | نوع سابقه | تاریخ | نوع حکم | محل صدور حکم |
|------|-----------|-------|---------|--------------|
| ۱    |           |       |         |              |
| ۲    |           |       |         |              |

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

دهید. ....

اینجانب.....داوطلب شرکت در آزمون دوره کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی سبزوار این فرم را در تاریخ.....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

شماره تلفن ضروری جهت تماس:





مشخصات سه نفر از افراد مورد اعتماد که به مدت طولانی و مستقیماً شما را بشناسند و حتی با آن خویشاوند نباشد ذکر فرمایید.

| آشنا         | نام و نام خانوادگی | شغل معرف | مدت آشنایی<br>از ... تا ... | نحوه آشنایی | نسبت | آدرس فعلی محل کار و سکونت | تلفن |
|--------------|--------------------|----------|-----------------------------|-------------|------|---------------------------|------|
| در محل سکونت |                    |          |                             |             |      |                           |      |
| در محل تحصیل |                    |          |                             |             |      |                           |      |
| در محل کار   |                    |          |                             |             |      |                           |      |

چنانچه از بستگان شما در سپاه، بسیج یا دیگر ارگانها و نهادهای انقلابی فعالیت دارند در جدول زیر بنویسید.

| نام نهاد | نام بستگان | نسبت | نشانی محل سکونت و کار | تلفن |
|----------|------------|------|-----------------------|------|
|          |            |      |                       |      |

چنانچه تاکنون در گزینش نهادها، ادارات یا مراکز آموزشی شرکت داشته اید جدول زیر را تکمیل نمایید.

| نام دستگاه | استان | شهر | تاریخ ثبت نام | نتیجه گزینش | در صورت عدم پذیرش دلایل آن را توضیح دهید. |
|------------|-------|-----|---------------|-------------|---|
|            |       |     |               |             |   |
|            |       |     |               |             |   |

شرکت در جبهه :  داشته ام  نداشته ام  تعداد دفعات اعزام  بار جمعاً بمدت ماه و روز و بصورت داوطلب   
 سرباز  ماموریتی  رزمی  پشتیبانی

| از بستگان درجه یک به خانواده و شهید <input type="checkbox"/> مفقودالثر <input type="checkbox"/> |  | مجروح <input type="checkbox"/> جانباز <input type="checkbox"/> آزاده <input type="checkbox"/> می باشم |  | نام شهید یا مفقودالثر | نسبت فامیلی شما با او | محل شهادت | محل وقوع حادثه | نوع آسیب دیدگی بدنی و درصد جانبازی | از تاریخ تا تاریخ | محل اسارت |
|---|--|---|--|-----------------------|-----------------------|-----------|----------------|------------------------------------|-------------------|-----------|
|   |  |   |  |                       |                       |           |                |                                    |                   |           |

سوابق فعالیت‌های خود را در چند سال اخیر در جدول زیر توضیح دهید (نظیر فعالیت در نهادهای انقلابی، بسیج، انجمنها، امور عام المنفعه)

| نوع فعالیت | محل فعالیت | از تاریخ | تا تاریخ | علت ترک فعالیت | نام مسئول | آدرس دقیق محل فعالیت | تلفن |
|------------|------------|----------|----------|----------------|-----------|----------------------|------|
|            |            |          |          |                |           |                      |      |

شماره تلفنی که در صورت ضرورت بتوان با شما تماس فوری گرفت نام صاحب تلفن :

نشانی های محل سکونت خود را در طی ده سال اخیر نوشته و چنانچه انفرادی زندگی کرده اید قید نمایید.

|      | استان | شهر | محل | خیابان | خیابان فرعی | کوچه | پلاک | کدپستی | تلفن | تاریخ شروع و خاتمه اقامت از ... تا .... | زندگی انفرادی داشته اید. |
|------|-------|-----|-----|--------|-------------|------|------|--------|------|---|--------------------------|
| فعلی |       |     |     |        |             |      |      |        |      |   |                          |
| قبلی |       |     |     |        |             |      |      |        |      |   |                          |
| قبلی |       |     |     |        |             |      |      |        |      |   |                          |

|   |   |
|---|---|
| (کروکی آدرس محل سکونت فعلی "خیابان اصلی نوشته شود")     | (کروکی آدرس محل سکونت قبلی "خیابان اصلی نوشته شود") |
| ↑<br>شمال   | ↑<br>جنوب   |
| صحت مندرجات فوق مورد تایید اینجانب می باشد. تاریخ امضاء |   |



# سبک‌دستی

اگر دانشگاه اصلاح شود ، مملکت اصلاح می شود. «امام خمینی (ره)»

به منظور تحکیم و تثبیت ارزشهای والای اسلامی در محیط دانشگاه و قطع وابستگی از فرهنگ مبتذل غرب و تحقق بخشیدن به وصایای شهدای راه حق و جنگ تحمیلی و دستیابی به اهداف نظام جمهوری اسلامی و در راستای اجرای مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی ، بر تمامی دانشجویان فرض است که ضمن رعایت کلیه مقررات اداری و آموزشی و سایر قوانین نظام جمهوری اسلامی در محیط دانشگاه ، موارد مشروحه ذیل را دقیقاً رعایت نمایند.

الف) رفتار حرفه ای: به عنوان یک وظیفه شرعی و اخلاقی دانشجو می باشد ورعایت نکات ذیل در این خصوص الزامی است.

۱- دانشجویان موظفند در محیط دانشگاه و واحدهای تابعه رعایت شئون و اخلاق و آداب اسلامی را نموده و رفتاری کاملاً حرفه ای و متناسب با شان محیطهای علمی از خود نشان دهند و از هرگونه رفتار و گفتار ناپسند و خلاف شرع خودداری نمایند.

۲- حفاظت و استفاده صحیح از امکانات و تجهیزات و وسایل عمومی در اختیار ، از وظایف حرفه ای دانشجو می باشد.

ب) پوشش حرفه ای: داشتن ظاهری تمیز و متناسب با موقعیت حرفه ای در تمامی ساعات آموزشی و کاری و رعایت نکات ذیل الزامی است.

## • رعایت نکات ذیل برای خواهران:

- ۱) مانتو و شلوار مدل ساده گشاد و بلند از پارچه ضخیم و یک رنگ در رنگهای سنگین نظیر سرمه ای ، قهوه ای ، طوسی و مشکی
- ۲) استفاده از مقنعه بلند و ضخیم از رنگهای ساده بدون هرگونه تزئین . بدیهی است استفاده از چادر مشکی اولی است.
- ۳) استفاده از جورابههای ضخیم در رنگهای سنگین و نیز استفاده از کفش های پاشنه کوتاه در رنگهای سنگین .
- ۴) احتراز از هر نوع آرایش از قبیل بند کردن و لاک زدن ناخن ها و ... و نیز عدم استفاده از عطر و سایر لوازم آرایش .

## • موارد زیر برای برادران ممنوع می باشد:

- ۱) استفاده از پیراهن های آستین کوتاه
- ۲) بازگذاشتن یقه پیراهن
- ۳) استفاده از رنگهای تند و زننده در پوشش
- ۴) استفاده از لباسهای تنگ و چسبان
- ۵) بلندکردن ناخن ها
- ۶) استفاده از تزئینات غیر متعارف

لازم به تذکر است که معاونت دانشجویی فرهنگی دانشگاهها ناظر بر حسن اجرای این آیین نامه بوده و با متخلفین طبق مقررات برخورد و دانشجوی متخلف را به شورای انضباطی معرفی خواهند نمود. بدیهی است شورای انضباطی دانشجویان نیز به طریق مقتضی پیگیر حسن اجرای این آیین نامه خواهد بود.

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

---

اینجانب ----- فرزند ----- دانشجوی رشته ----- آیین نامه فوق را با دقت مطالعه، و متعهد می شوم که ضمن رعایت کلیه قوانین و مقررات اداری و آموزشی و سایر قوانین نظام جمهوری اسلامی در محیط دانشگاه ، موارد مشروحه در این آیین نامه را نیز دقیقاً رعایت نمایم. در صورت مشاهده هرگونه تخلف از این تعهد نامه برابر مقررات با اینجانب عمل گردد.

تاریخ و امضاء دانشجو



## بسمه تعالی

### تعهد صحت مدارک

اینجانب ..... فرزند..... به شماره ملی.....، پذیرفته شده ی رشته ..... مقطع..... در سال..... متعهد می گردم؛ کلیه مدارک اعلام شده توسط سازمان سنجش و اداره پذیرش و ثبت نام را دارا بوده و زمان تحویل حضوری به دانشگاه ارائه نمایم و در صورت وجود هر گونه نقص مدارک یا مغایرت اطلاعات اعلام شده به سازمان سنجش و دانشگاه با اصل مدارک، حق ملغی شدن ثبت نام و ادامه تحصیل اینجانب را برای دانشگاه محفوظ و مسلم می دانم و حق هیچ گونه اعتراضی نسبت به کان لم یکن شدن ثبت نام نخواهم داشت.

تاریخ و امضا دانشجو:

اثر انگشت:



### بسمه تعالی

## فرم مشخصات داوطلبین افغانی و عراقی شرکت کننده در آزمون سراسری

|  |   |                                  |                                   |  |                  |                              |     |      |
|--|---|----------------------------------|-----------------------------------|--|------------------|------------------------------|-----|------|
| <b>مشخصات فردی</b>                               | جنسیت:  | تابعیت:                          | نام پدر:                          | نام جد:  |                  |                              |     |      |
|  | نام خانوادگی و نام:   | تاریخ تولد:                      | محل تولد:                         |  |                  |                              |     |      |
| <b>شغل</b>                                       | وضعیت تاهل: هرگز ازدواج نکرده <input type="checkbox"/> جدا شده <input type="checkbox"/> بیوه <input type="checkbox"/> متاهل با همسر <input type="checkbox"/> متاهل دور از همسر <input type="checkbox"/>   |                                  |                                   |  |                  |                              |     |      |
|  | نوع شغل:  | سازمان محل کار/ کار فرما:        |                                   |  |                  |                              |     |      |
| <b>نشانی</b>                                     | نشانی محل کار در ایران: شهر: خیابان:  |                                  |                                   |  |                  |                              |     |      |
|  | تلفن:   |                                  |                                   |  |                  |                              |     |      |
| <b>مشخصات اعضاء خانواده یا افراد تحت تکفل</b>    | نشانی کامل و دقیق منزل در ایران: شهر: خیابان: کوچه: پلاک:   |                                  |                                   |  |                  |                              |     |      |
|  | تلفن:   | کد پستی:                         |                                   |  |                  |                              |     |      |
| <b>مشخصات تحصیلی</b>                             | تابعیت  | نام                              | نام خانوادگی                      | نام پدر  | نام جد           | نوع مدرک شناسایی و یا اقامتی | شغل | نسبت |
|  |   |                                  |                                   |  |                  |                              |     |      |
|  |   |                                  |                                   |  |                  |                              |     |      |
|  |   |                                  |                                   |  |                  |                              |     |      |
|  |   |                                  |                                   |  |                  |                              |     |      |
|  |   |                                  |                                   |  |                  |                              |     |      |
| <b>مشخصات مدرک اقامت یا شناسایی</b>              | دارنده دیپلم نظام جدید آموزش متوسطه <input type="checkbox"/> دارنده دیپلم نظام قدیم آموزش متوسطه <input type="checkbox"/>   |                                  |                                   |  |                  |                              |     |      |
|  | نوع دیپلم:  | رشته تحصیلی:                     | معدل کتبی دیپلم:                  | محل اخذ دیپلم:   | تاریخ اخذ دیپلم: |                              |     |      |
| <b>ویژه داوطلبینی که دارای مادر ایرانی هستند</b> | نوع مدرک پیش دانشگاهی: معدل دوره پیش دانشگاهی:  |                                  |                                   |  |                  |                              |     |      |
|  | محل اخذ مدرک پیش دانشگاهی: تاریخ اخذ مدرک پیش دانشگاهی:   |                                  |                                   |  |                  |                              |     |      |
|  | مقطع تحصیلی:  | کاردانی <input type="checkbox"/> | کارشناسی <input type="checkbox"/> | کارشناسی ارشد پیوسته <input type="checkbox"/>                              |                  |                              |     |      |
|  | نوع مدرک شناسایی یا اقامتی: گذرنامه <input type="checkbox"/> دفترچه پناهندگی <input type="checkbox"/> کارت هویت ویژه اتباع خارجی <input type="checkbox"/> برگ تردد خروجی مدت دار <input type="checkbox"/>   |                                  |                                   |  |                  |                              |     |      |
| <b>مشخصات مادر</b>                               | شماره مدرک اقامتی:  |                                  |                                   |  |                  |                              |     |      |
|  | محل صدور:   | تاریخ صدور:                      | تاریخ انقضاء اقامتی:              |  |                  |                              |     |      |
| <b>داوطلبینی که دارای مادر ایرانی هستند</b>      | چنانچه داوطلب دارای مادری ایرانی می باشد. لطفاً مشخصات ایشان را (مشخصات مادر) در این قسمت بنویسید.  |                                  |                                   |  |                  |                              |     |      |
|  | نام:  | نام خانوادگی:                    | نام پدر:                          | تاریخ تولد:  | محل تولد:        |                              |     |      |
| <b>نشانی و تلفن اضطراری</b>                      | شماره شناسنامه:   | شماره کارت ملی:                  | محل صدور:                         | نوع ازدواج: رسمی <input type="checkbox"/> غیررسمی <input type="checkbox"/> |                  |                              |     |      |
|  | نشانی و یا شماره تلفنی که بتوان در مواقع ضروری با جنابعالی تماس بگیریم.   |                                  |                                   |  |                  |                              |     |      |
| <b>یادآوری</b>                                   | مطالب مندرج در این فرم رابه طور کامل تکمیل و صحت و درستی آن را تایید نموده و تعهد می نمایم ضمن رعایت قوانین و مقررات جمهوری اسلامی ایران، در صورت اثبات خلاف و کتمان ضمن کان لم یکن شدن اینجانب پذیرش در آزمون ورودی و همچنین دانشگاهها و موسسات آموزش عالی جمهوری اسلامی ایران تحت پیگرد قانونی قرار گرفته و به تصمیمات متخذه از سوی مراکز عالی اعتراضی نخواهم داشت. |                                  |                                   |  |                  |                              |     |      |
|  | نام و نام خانوادگی داوطلب:  |                                  |                                   |  | تاریخ:           |                              |     |      |

امضاء و اثر انگشت