



فرم در خواست شرکت در آزمون پذیرش فراگیر بهورزی - سال ۱۴۰۴
دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مراغه

فرم شماره ۱

(الف) مشخصات شخصی - شناسنامه ای

نام: نام خانوادگی: کد ملی: نام پدر: جنسیت:
دین: مذهب: شماره شناسنامه: محل صدور شناسنامه :
تاریخ تولد(روز و ماه و سال) : محل تولد :

(ب) مشخصات تحصیلی :

آخرین مدرک تحصیلی: رشته و گرایش تحصیلی محل تحصیل..... معدل کل فارغ التحصیلی.....
محل تحصیل ← مقطع ابتدایی:..... مقطع راهنمایی:.....مقطع دبیرستان:.....

(ج) مشخصات شغل مورد درخواست :

محل خدمت (خانه بهداشت) مورد تقاضا به ترتیب الویت دواطلب :

(د) وظیفه خدمت عمومی

مورد ندارد (زن) ☐ انجام داده ☐ مدت سربازی به ماه و روز :
معافیت : ☐ موقت ☐ دائم ☐ علت معافیت: پزشکی ☐ کفالت ☐ ایثارگری ☐ سایر ☐ توضیح :

(ه) مدت و محل جغرافیایی انجام طرح نیروی انسانی برای پیراپزشکان :

(و) متقاضی استفاده از سهمیه ایثارگران (در صورت پاسخ بلی ، الزاما مدارک مربوطه الصاق گردد)

بلی ☐ خیر ☐
نوع ایثارگری
جانباز ☐ آزاده ☐ همسر یا فرزند شهید ☐ همسر یا فرزند جانباز ۲۵ درصد و بالاتر ☐ همسر یا فرزند آزاده دارای یکسال اسارت و بیشتر ☐
پدر، مادر و برادر و خواهر شهید ☐
رزمنده (با سابقه حداقل ۶ ماه حضور داوطلبانه در جبهه) ☐ همسر و فرزند رزمنده (با سابقه حداقل ۶ ماه حضور داوطلبانه در جبهه) ☐
فرزند جانباز زیر ۲۵ درصد ☐ فرزند آزاده کمتر از یکسال اسارت ☐

(ز) وضعیت بومی

- ساکن روستای اصلی مورد تقاضا :

الف- بومی محل تولد و سکونت (بند الف شرایط بومی بودن : طبق مندرجات شناسنامه) ☐
ب- بومی و سکونت (بند ب شرایط بومی بودن : گذراندن حداقل دو مقطع تحصیلی در روستای محل سکونت) ☐
ج- واجد شرایط (تبصره ۱ بند الف وب : داوطلب زن مزدوج با فرد بومی محل تقاضا) ☐

- ساکن روستای قمر ☐
- ساکن روستای سیاری ☐
- ساکن روستای هم جوار با فاصله ۳۰ کیلومتر ☐

(ح) آخرین نشانی کامل محل سکونت دواطلب

روستا خیابان کوچه پلاک کدپستی
شماره تلفن همراه شماره تلفن ثابت شماره تلفن (یکی از اعضای نزدیک خانواده)

اینجانب کلیه شرایط ومفاد آگهی پذیرش منتشره را مطالعه نموده وصحت کلیه موارد بالا راتاایید می نمایم ودر صورت اثبات خلاف اظهارات این جانب در هر مقطع زمانی(قبل و یا حین تحصیل و یا بعد از اشتغال) هر گونه حقی را برای جذب واستخدام در آن دستگاه از خود سلب می نمایم .

نام ونام خانوادگی متقاضی تاریخ محل امضاء واثرا انگشت