

فرم مشخصات فردی

در این قسمت چیزی ننویسید

۲- نام :		۱- نام خانوادگی :	
۴- محل سکونت فعلی: شهر <input type="checkbox"/> روستا <input type="checkbox"/>		۳- نام پدر:	
۶- محل تولد: استان : شهرستان : بخش :		۵- تاریخ تولد: روز ماه سال	
۸- شماره ملی:		۷- شماره شناسنامه :	
۹- محل صدور شناسنامه:		۱۰- دین : مذهب :	
۱۱- وضعیت تاهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>			
۱۲- وضعیت اینارگری :			
۱- فرزند و همسر شهداء: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
۲- فرزند و همسر جانبازان ۲۵٪ و بالاتر: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
۳- فرزند و همسر آزادگان بالای یکسال اسارت: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
۴- فرزند و همسر رزمنده دارای سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه در جبهه: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
۵- فرزند جانبازان زیر ۲۵٪ و آزادگان زیر یکسال اسارت: فرزند جانباز <input type="checkbox"/> فرزند آزاده <input type="checkbox"/>			
۶- خواهر و برادر شهیدا: خواهر <input type="checkbox"/> برادر <input type="checkbox"/>			
۱۳- سایر موارد: ۱- سهمیه آزاد <input type="checkbox"/> ۲- افراد بومی محل مورد تقاضا <input type="checkbox"/>			
۳- مشمولین خدمت پزشکیان و پیراپزشکان <input type="checkbox"/> (مدت خدمتروز.....ماه.....سال) ۴- افراد غیر بومی <input type="checkbox"/>			
۱۴- آخرین مدرک تحصیلی :		تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی: / / ۱۳	
۱۵- رشته تحصیلی :		گرایش تحصیلی: معدل:	
۱۶- دانشگاه محل تحصیل :			
۱۷- نشانی کامل محل سکونت :			
استان شهرستان شهر روستا.....			
خیابان کوچه پلاک کدپستی			
شماره تلفن ثابت و کد شهر شماره تلفن همراه			
۱۸- 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) هر گونه حقی را برای جذب در آن دستگاه از خود سلب می نمایم.			
۱۹- تاریخ تنظیم فرم :		امضاء و اثر انگشت متقاضی:	