فرم شماره ۱۵

باسمه تعالی

وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

دانشگاه حضرت معصومه (س)

امور دانشجویی

نام:..... نام خانوادگی:..... رشته:.....شماره دانشجویی:..... شماره شناسنامه:.....

کد ملی:.....تاریخ تولد:..... محل تولد:..... محل صدور شناسنامه:.....متأهل ☐ مجرد ☐

سال ازدواج:..... تعداد فرزندان:.....ساکن شهرستان:.....

دفترچه بیمه درمانی: تأمین اجتماعی ☐ خدمات درمانی ☐ سایر بیمه ها..... بیمه نیستم ☐

.....

وضعیت اشتغال: شاغل نیستم ☐ شاغل هستم ☐ آدرس و تلفن محل کار:.....

.....

تحت پوشش: کمیته امداد ☐ سازمان بهزیستی ☐ بنیاد شهید و امور ایثارگران ☐ لطفاً مدارک مربوطه را ارائه دهید.

.....

وضعیت ایثارگری: فرزند شهید ☐ همسر شهید ☐ کد ایثارگری:.....

فرزند آزاده ☐ همسر آزاده ☐ لطفا مدارک را مربوطه را ارائه دهید

فرزند جانباز ☐ همسر جانباز ☐ درصد جانبازی:.....

.....

سوابق تحصیلی: محل تحصیل دوره متوسطه: سال اخذ دیپلم ☐☐ رتبه قبولی در دانشگاه:.....

.....

مشخصات خانوادگی

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	سال تولد	تحصیلات	شغل	محل اشتغال/سازمان/ شهرستان
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						

فرم شماره ۱۵

مقام عملی/ هنری/ مذهبی/ زمینه و نام رقابت(المپیاد) و رتبه:.....

.....

در صورت داشتن بیماری خاص نام آن را ذکر کنید: قلبی ☐ تنفسی ☐ سایر موارد.....

.....

نشانی دائمی منزل و تلفن تماس:

تلفن تماس ضروری:.....

تلفن همراه:.....

E- mail:.....

.....

اینجانب ..... کامل بودن پاسخهای خود را تأیید نموده و مدارک لازم را ارائه می نمایم و هر گونه تغییر بعدی در آنها را در اولین فرصت اطلاع خواهم داد.

امضاء دانشجو و تاریخ