بسمه تعالی

فرم ثبت نام اطلاعات مربوط به دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه علوم پزشکی گناباد

نام و نام خانوادگی: ..... نام پدر: ..... شماره شناسنامه: .....

محل تولد: ..... تاریخ تولد:..... رشته تحصیلی:..... دانشکده: .....

ورودی: ..... کد ملی: ..... کد کامپیوتری بنیاد شهید: .....

شماره دانشجویی: ..... وضعیت تأهل: مجرد ☐ متأهل☐ تعداد فرزند: ..... جنس : مرد☐ زن ☐

شماره تلفن منزل: ..... شماره تلفن همراه پدر: ..... شماره تلفن همراه:.....

آدرس محل سکونت: استان:..... شهر ..... آدرس .....

مقطع تحصیلی: کاردانی ☐ کارشناسی پیوسته ☐ ارشناسی ناپیوسته ☐ کارشناسی ارشد ☐ دکترای حرفه ای☐

نوع دیپلم: :..... معدل دیپلم: :..... معدل پیش دانشگاهی: :.....

سهمیه : رزمنده با حضور ..... ماه در جبهه ☐ فرزند شهید ☐ همسر شهید☐ فرزند آزاده☐

همسر جانباز ..... درصد ☐ فرزند جانباز 25 تا 49 درصد☐ فرزند جانباز 50 درصد به بالا ☐

هر گونه سابقه فعالیت غیر درسی را قبل از ورود به دانشگاه در زمینه های زیر دارید مشخص نمایید:

قرآنی☐ هنری☐ کتابخوانی ☐ ورزشی☐ ا دبی☐ فرهنگی☐

مدارک مورد نیاز جهت تکمیل پرونده:

1-معرفی بنیاد شهید (نوع سهمیه ایثارگری شاهد- جانباز-آزادگی) 2- کپی کارت ملی

3-یک قطعه عکس 4- کپی صفحه اول شناسنامه 5- شماره حساب سیبا بانک ملی

****

اینجانب ..... متعهد می گردم که در هر ترم جهت بررسی وضعیت طرح تقویت بنیه علمی و طرح استاد مشاور و شرکت در برنامه ها به ستاد شاهد و ایثارگر مراجعه نمایم و با کارشناس مربوطه در خصوص مسایل آموزشی خود ارتباط داشته باشم در غیر این صورت هیچ گونه انتظاری از ارائه خدمات را ندارم و عواقب عدم مراجعه متوجه اینجانب خواهد بود و در صورت هر گونه تغییر شماره تلفن یا همراه در اسرع وقت ستاد شاهد را مطلع نمایم.

امضاء