



باسمه تعالی

مقدم اطلاعات دانشجوی

دانشگاه جامع علمی - کاربردی واحد استان خراسان رضوی

مرکز آموزش علمی کاربردی

محل الصاق

عکس

۱- نام رشته قبلی:

مقطع: کارهالی  کارشناسی  سال ورود به دانشگاه: ۱۳  نوبت اول  نوبت دوم  سهمیه پذیرش: آزاد  شاغل

۲- مشخصات فردی:

|  |               |                    |                    |         |                 |
|--|---------------|--------------------|--------------------|---------|-----------------|
| نام:   | نام خانوادگی: | نام پدر:           | نام خانوادگی قبلی: | کد ملی: | شماره شناسنامه: |
| تاریخ تولد:  | محل تولد:     | محل صدور شناسنامه: | ملیت:              | دین:    | مذهب:           |
| قومیت: فارس <input type="checkbox"/> ترک <input type="checkbox"/> کرد <input type="checkbox"/> لر <input type="checkbox"/> عرب <input type="checkbox"/> بلوچ <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> .....<br>پست الکترونیکی (ایمیل): |               |                    |                    |         |                 |

۳- وضعیت تاهل: مجرد  متاهل  تعداد فرزند ... نفر (در صورت متاهل بودن مشخصات همسر خود را در کادر زیر بنویسید)

|  |               |                    |                    |         |                 |
|--|---------------|--------------------|--------------------|---------|-----------------|
| نام:   | نام خانوادگی: | نام پدر:           | نام خانوادگی قبلی: | کد ملی: | شماره شناسنامه: |
| تاریخ تولد:                                      | محل تولد:     | محل صدور شناسنامه: | ملیت:              | دین:    | مذهب:           |
| میران تحصیلات: شغل (با ذکر آدرس و تلفن محل کار): |               |                    |                    |         |                 |

۴- آخرین مدرک تحصیلی

|   |       |          |          |          |                         |
|---|-------|----------|----------|----------|-------------------------|
| مقطع:   | رشته: | ماه اخذ: | سال اخذ: | معدل کل: | معدل کتبی (برای دیپلم): |
| نام محل اخذ مدرک قبلی: استان و شهرستان محل اخذ مدرک قبلی: |       |          |          |          |                         |

۵- آیا در دوران آموزش عالی انصراف یا تغییر رشته داشته اید:  بلی  خیر

مقطع و نام رشته قبلی: نام دانشگاه یا موسسه قبلی: تاریخ انصراف یا تغییر رشته:

۶- به جز مورد درج شده در بند ۴، سوابق تحصیلی خود (بالا تر از دیپلم) را در جدول زیر بنویسید.

| ردیف | مقطع | رشته | نام دانشگاه / موسسه آموزش عالی | تاریخ اخذ مدرک | معدل |
|------|------|------|--------------------------------|----------------|------|
| ۱    |      |      |                                |                |      |
| ۲    |      |      |                                |                |      |
| ۳    |      |      |                                |                |      |

۷- وضعیت نظام وظیفه: (ویژه برادران)

پایان خدمت  معافیت دائم  معافیت تحصیلی  آماده به خدمت  (تاریخ اعزام ذکر شود) .....  
 در حین خدمت  (تاریخ ترخیص ذکر شود) .....  نشان

۸- وضعیت شغلی: (در صورتیکه شاغل هستید کادر زیر را پر کنید.)

|  |   |
|--|---|
| شغل: سازمان دولتی <input type="checkbox"/> سازمان غیر دولتی <input type="checkbox"/> موسسات خصوصی <input type="checkbox"/> آزاد <input type="checkbox"/> | نوع استخدام: رسمی <input type="checkbox"/> پیمانی <input type="checkbox"/> آزمایشی <input type="checkbox"/> قراردادی <input type="checkbox"/> خرید خدمات <input type="checkbox"/> |
| عنوان آخرین پست سازمانی:   | نشانی و تلفن محل کار:   |

۹- محل سکونت دائم:

|             |          |      |         |            |             |
|-------------|----------|------|---------|------------|-------------|
| استان:      | شهرستان: | بخش: | کدپستی: | تلفن ثابت: | تلفن همراه: |
| نشانی دقیق: |          |      |         |            |             |

۱۰- محل سکونت فعلی:

|        |         |            |
|--------|---------|------------|
| نشانی: | کدپستی: | تلفن ثابت: |
|--------|---------|------------|

۱۱- در صورتی که جزء دانشجویان شاهد و ایثارگر هستید جزء کدامیک از موارد زیر می باشید. (مستندات تحویل گردد)

|   |  |   |
|---|--|---|
| خانواده محترم شهیدا یا مفقود الاثر: <input type="checkbox"/> نسبت با شهید یا مفقود الاثر: | خانواده محترم جانبازان: <input type="checkbox"/> نسبت با جانباز: | درصد جانبازی:                                 |
| خانواده محترم رزمندگان: <input type="checkbox"/> نسبت با رزمنده:                          | مدت حضور در جبهه (ماه):  | سایر موارد (ذکر شود) <input type="checkbox"/> |

۱۲- در صورت علاقه‌مندی به شرکت در فعالیت های فوق برنامه کادر زیر را تکمیل نمایید.

|  |
|--|
| در کدام برنامه زیر مایل به فعالیت هستید:   |
| هنری <input type="checkbox"/> ورزشی <input type="checkbox"/> فرهنگی <input type="checkbox"/> علمی <input type="checkbox"/> پژوهشی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> |
| سایه فعالیت خود را در رسته مورد نظرتان بیان نمایید.  |

۱۳- آیا (خود یا خانواده یا فردی که تحت تکفل او می باشید) تحت پوشش حمایتی سازمان بهزیستی کشور یا کمیته امداد امام خمینی (ره) هستید؟  خیر  بلی  کدامیک:

اینجانب در کمال صحت و سلامت به سوالات فوق پاسخ داده و مسئولیت کلیه مندرجات فوق را به عهده می گیرم و در صورت اثبات هرگونه مغایرت در هر مرحله از تحصیل، دانشگاه می تواند هرگونه تصمیمی را اتخاذ نماید.

نام و نام خانوادگی دانشجو: نام و نام خانوادگی کنترل کننده فرم

امضاء مهر و امضاء مرکز آموزش

تاریخ