

فرم تعیین مشخصات



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

الف : مشخصات شناسنامه‌ای :

نام : نام خانوادگی : نام پدر : شماره شناسنامه :
کد ملی : محل صدور : تاریخ تولد : روز ماه سال محل تولد :
ملیت : دین : مذهب : تابعیت قبلی : تابعیت فعلی :

ب : وضعیت تأهل :

متاهل ☐ مجرد ☐ متارکه کرده‌ام ☐ همسر فوت کرده ☐
در صورت تأهل : تعداد اولاد : نام و نام خانوادگی همسر : شغل همسر :
محل خدمت همسر :

پ : وضعیت خدمت زیر پرچم :

کارت پایان خدمت ☐ معافیت دائم ☐ معافیت پزشکی ☐ معافیت غیر پزشکی ☐

ت : وضعیت ایثارگری :

ایثارگر نیستم ☐ ایثارگر هستم ☐ نوع ایثارگری : -----

ث : وضعیت تحصیلی :

مقطع تحصیلی : رشته تحصیلی : تاریخ فراغت از تحصیل :
عنوان کامل مؤسسه یا دانشگاه محل تحصیل : معدل کل :

ج : وضعیت خدمت پزشکان و پیراپزشکان (طرح نیروی انسانی) :

انجام ندادهم ☐ انجام داده‌ام ☐ قسمتی از آن را انجام داده‌ام ☐ از تاریخ : لغایت :
محل انجام طرح :

چ : وضعیت خدمت در دانشگاه علوم پزشکی تهران در حال حاضر :

طرحی ☐ قراردادی ☐ شرکتی ☐
مدت سابقه : از تاریخ -----

ح : متقاضی اشتغال بصورت پیمانی در بیمارستان

اولویت اول : اولویت دوم : اولویت سوم :
در صورت نیاز بیمارستان بر اساس اولویت تعیین شده اقدام و در غیر اینصورت حق انتخاب با دانشگاه خواهد بود.

خ : آدرس محل سکونت :

کد پستی : تلفن محل سکونت : تلفن همراه :
در صورت تغییر محل سکونت و شماره تلفن، مراتب در اسرع وقت اعلام گردد.

اینجانب ضمن تأیید صحت مراتب فوق اعلام می‌دارم در حال حاضر فاقد رابطه استخدامی بصورت رسمی یا پیمانی بوده و همچنین اخراجی و یا بازخرید خدمت از دستگاه‌های دولتی و مشمول قانون منع مداخله کارکنان دولت در معاملات دولتی نیستم.

نام و نام خانوادگی : امضاء تاریخ