

محل الصاق
عکس

بسمه تعالی

دانشگاه جامع علمی کاربردی واحد استانی خراسان رضوی

مرکز آموزش علمی کاربردی شهرداری مشهد



«فرم اطلاعات دانشجو»

۱- نام رشته قبولی :

مقطع : کاردانی کارشناسی

۲- سال ورود به دانشگاه : سهمیه پذیرش : آزاد شاغل

۳- مشخصات فردی :

نام خانوادگی : نام پدر : نام خانوادگی قبلی :

شماره شناسنامه : کد ملی : تاریخ تولد : محل تولد :

محل صدور شناسنامه : دین/مذهب :

قومیت: فارس ترک کرد لر عرب بلوچ سایر: پست الکترونیکی(ایمیل):

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

نام خانوادگی : نام پدر : نام خانوادگی قبلی :

شماره شناسنامه : کد ملی : تاریخ تولد : محل تولد :

محل صدور شناسنامه : دین/مذهب :

میزان تحصیلات : شغل (با ذکر آدرس و تلفن محل کار):

۵- آخرین مدرک تحصیلی :

نوع مدرک : رشته : ماه اخذ : سال اخذ : معدل کل : معدل کتبی :

نام محل تحصیل : استان و شهرستان محل اخذ:

۶- آیا در دوران آموزش عالی ترک تحصیل یا تغییر رشته داشته اید؟ بلی خیر

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

۷- سوابق تحصیلی خود را در جدول زیر بنویسید. (بالتر از دیپلم)

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

۸- وضعیت نظام وظیفه (ویژه برادران):

پایان خدمت
 معافیت دائم
 معافیت تحصیلی
 نظامی

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

شاغل: سازمان دولتی
 سازمان غیر دولتی
 موسسات خصوصی
 آزاد

نوع استخدام: رسمی
 پیمانی
 آزمایشی
 قراردادی
 خرید خدمت

عنوان آخرین پست سازمانی:

نشانی و تلفن محل کار:

۱۰- محل سکونت دائم:

استان: _____ شهرستان: _____ بخش: _____
 کد پستی: _____ تلفن ثابت: _____ تلفن همراه: _____
 نشانی: _____

۱۱- محل سکونت فعلی:

استان: _____ شهرستان: _____ بخش: _____
 کد پستی: _____ تلفن ثابت: _____ تلفن همراه: _____
 نشانی: _____

۱۲- مشخصات خانواده (پدر، مادر، فرزندان، برادران، خواهران)

نام و نام خانوادگی	نسبت	تحصیلات	شغل	نشانی	تلفن

۱۳- مشخصات سه نفر از دوستان صمیمی و نزدیک:

نام و نام خانوادگی	تحصیلات	شغل	مدت آشنایی	نشانی	تلفن

۱۴- در صورتیکه فعالیت اجتماعی، فرهنگی، سیاسی یا حضور در جبهه داشته اید جدول ذیل را تکمیل نمایید.

نام نهاد یا محل فعالیت یا حضور در جبهه	نوع فعالیت	مدت فعالیت از تاریخ تا تاریخ	سمت یا مسئولیت	توضیحات

۱۵- در صورتیکه جزء دانشجویان شاهدو ایثارگر هستید جزء کدامیک از موارد زیر می باشید (جهت استفاده از

تسهیلات آموزشی و دانشجویی مستندات لازم پیوست گردد)

خانواده محترم شهدا یا مفقود الاثر:

نسبت با شهید یا مفقود الاثر:

خانواده محترم جانبازان:

درصد جانبازی:

نسبت با جانباز:

خانواده محترم آزادگان:

مدت اسارت (ماه):

نسبت با آزاده:

خانواده محترم رزمندگان:

مدت حضور در جبهه (ماه):

نسبت با رزمنده:

سایر موارد (ذکر شود):

۱۶- در صورت علاقمندی به شرکت در فعالیتهای فوق برنامه کادر زیر را تکمیل نمایید.

در کدام برنامه زیر مایل به فعالیت هستید:

هنری ورزشی فرهنگی علمی پژوهشی سایر

سابقه فعالیت خود را در رشته مورد نظرتان بیان نمایید:

۱۷- 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 بعهدہ 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 :

امضاء

نام و نام خانوادگی کنترل کننده فرم :

مهر و امضاء مرکز آموزش