



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش

معاونت دانشجویی، فرهنگی

فرم مشخصات فردی



شماره دانشجویی:

رشته تحصیلی:

نام: _____ تاریخ صدور: _____

نام خانوادگی: _____ شهر محل تولد: _____

نام پدر: _____ استان محل تولد: _____

جنسیت: مرد زن تاریخ تولد: _____

شماره شناسنامه: _____ تابعیت: _____

کد ملی: _____ دین: _____

سریال شناسنامه:/...../..... مذهب: _____

شهر محل صدور: _____ وضعیت تاهل: مجرد متاهل تاریخ ازدواج: _____

استان محل صدور: _____ وضعیت نظام وظیفه: معافیت تحصیلی معافیت نوع پایان خدمت سهمیه قبولی در کنکور: _____

آدرس دائمی محل سکونت: _____

تلفن ثابت: _____ تلفن همراه: _____ کد پستی: _____

نام یک نفر از نزدیکان شما که هنگام بروز سانحه یا در مواقع اضطراری بتوان با ایشان تماس گرفت، با ذکر مشخصات ذیل قید فرمایید:

نام: _____ نام خانوادگی: _____ نسبت فامیلی: _____

تلفن منزل: _____ تلفن محل کار: _____ تلفن همراه: _____

آدرس محل اقامت: _____

فرزند شهید شماره پرونده ایثار گری: _____

وضعیت ایثار گری: فرزند جانباز ۲۵٪ به بالا درصد جانبازی: _____

فرزند آزاده

محل بایگانی پرونده ایثار گری: _____ استان: _____ شهر: _____