

عکس دانشجو

## امور دانشجویی

دانشجوی گرامی با سلام "

لطفا فرم ذیل را با پاسخهای روشن ، گویا و دقیق تکمیل فرمایید .و پس از تکمیل به امور دانشجویی تحویل نمایید .

### الف ( مشخصات فردی :

نام خانوادگی :	نام پدر :	نام :
شماره دانشجویی :	تاریخ تولد : / /	شماره ملی :
دین :	مذهب :	تابعیت :
تعداد افراد تحت تکفل :	تحت پوشش : بهزیستی <input type="checkbox"/> کمیته امداد <input type="checkbox"/>	وضعیت تاهل : مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>
نام محل کار :	وضعیت جسمانی : سالم <input type="checkbox"/> بیمار <input type="checkbox"/>	شاغل : بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
معافیت پزشکی / تحصیلی / کفالت <input type="checkbox"/>	خرید خدمت <input type="checkbox"/> مشمول <input type="checkbox"/>	نظام وظیفه : پایان خدمت <input type="checkbox"/>
نوع ایثارگری :	مدت خدمت به ماه :	ایثارگری : بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
شماره و تاریخ گواهی ایثارگری :	واحد ذریبط ایثارگری :	در صورت داشتن بیماری خاص و یا مصرف داروی خاص نام بیماری و دارو را ذکر نمایید.
بیمه درمانی که استفاده می نمائید :		
تامین اجتماعی <input type="checkbox"/>	خویش فرما <input type="checkbox"/>	تکمیلی <input type="checkbox"/>
حوادث <input type="checkbox"/>	عمر <input type="checkbox"/>	هیچکدام <input type="checkbox"/>
نوع محل سکونت در شهر محل تحصیل :		
نزد پدر و مادر <input type="checkbox"/>	نزد فامیل <input type="checkbox"/>	منزل شخصی <input type="checkbox"/>
منزل استیجاری <input type="checkbox"/>	هیچکدام <input type="checkbox"/>	
نوع محل سکونت خانواده:		
ملک شخصی <input type="checkbox"/>	استیجاری <input type="checkbox"/>	رهن <input type="checkbox"/>
سازمانی <input type="checkbox"/>	غیره <input type="checkbox"/>	
نشانی ( آدرس ) پستی محل سکونت دائمی خانواده ( ولی دانشجو ):		
شماره تلفن ثابت :	کد شهرستان :	شماره همراه والدین :
آدرس الکترونیکی :	شماره همراه دانشجو :	
نام محل تحصیل مقاطع قبلی ( ویژه دانشجویان کارشناسی ناپیوسته / کارشناسی ارشد / دکتری )		
نام دانشگاه :	رشته تحصیلی :	

### ب ( وضعیت تحصیلی :

مقطع :	رشته :	سال شروع به تحصیل :
نیمسال :	دوره تحصیلی : روزانه <input type="checkbox"/> شبانه <input type="checkbox"/> نیمه حضوری <input type="checkbox"/>	شماره دانشجویی :
نحوه پذیرش در این دانشگاه : عادی <input type="checkbox"/> انتقالی <input type="checkbox"/> مهمان <input type="checkbox"/>	در صورت انتقالی یا میهمان : شماره دانشجویی مبداء :	نام محل تحصیل قبلی :

ج) مشخصات خانواده:

دانشجویان مجرد شامل ( پدر ، مادر ، خواهران مجرد، برادران مجرد ، غیره) دانشجویان متأهل شامل ( همسر ، فرزندان و غیره)

ردیف	نام	نام خانوادگی	نسبت	سن	تحصیلات	شغل	درآمد ماهیانه	وضعیت جسمانی سالم / بیمار

نشانی و شماره تلفن ۳ نفر از بستگان که در مواقع ضروری بتوان با آنان تماس گرفته شود:

ردیف	نام نام خانوادگی	نسبت	شماره و کد تلفن	نشانی محل سکونت

آیا دارای معلولیت یا بیماری خاصی می باشید، عنوان نمایید:

امضاء

تاریخ تکمیل