

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 : روز / ماه / سال	شماره ملی :	
دین :	مذهب :	تابعیت :	
تعداد افراد تحت تکفل :	بورسیه : <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <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 : <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
معافیت پزشکی / تحصیلی / کفالت <input type="checkbox"/>	خرید خدمت <input type="checkbox"/>	نظام وظیفه : پایان خدمت <input type="checkbox"/>	
نوع ایثارگری :	مدت خدمت به ماه :	ایثارگری : <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
شماره و تاریخ گواهی ایثارگری :	درصد جانبازی :	معافیت پزشکی / تحصیلی / کفالت <input type="checkbox"/>	
شماره و تاریخ گواهی ایثارگری : واحد ذیربط ایثارگری :			
در صورت داشتن بیماری خاص و یا مصرف داروی خاص نام بیماری و دارو را ذکر نمایید .			
بیمه درمانی که استفاده می نمائید :			
خدمات درمانی <input type="checkbox"/>	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

امضاء

تاریخ تکمیل