|  |
| --- |
| **مشخصات فردی** |
| نام و نام خانوادگی:  | نام پدر:  | تاریخ تولد:  |
| نام های دیگری که در مدارک شما قید شده است | شماره گذرنامه: | کشور محل تولد |
| شهرمحل تولد | تابعیت: | ملیت:  | جنسیت: مرد□ زن□ |
| وضعیت تاهل: مجرد□ متاهل□ | آدرس ایمیل:  |
| نحوه آشنایی با علوم پزشکی وارستگان: |

|  |
| --- |
| **همسر و فرزندان متقاضی** |
| نام  | نام خانوادگی | تاریخ تولد | محل تولد | ملیت | نسبت با متقاضی |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **آدرس متقاضی** |
| کشور  | استان | شهر | خیابان | شماره | تلفن  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **رشته تحصیلی و مقطع مورد تقاضا**  |
| ردیف | رشته تحصیلی مورد تقاضا (به ترتیب اولویت) |
|  |  |

|  |
| --- |
| **مشخصات اخرین مدرک تحصیلی** |
| مقطع تحصیلی | رشته | سال شروع | سال پایان | معدل | نام موسسه | نام کشور | نام شهر |
| دیپلم |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **میزان آشنایی با زبان های خارجی** |
| زبان خارجی | خواندن | نوشتن | مکالمه |
| خوب | متوسط | ضعیف | خوب | متوسط | ضعیف | خوب | متوسط | ضعیف |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

اینجانب ......................................... تعهد می نمایم ضمن اطلاع از کلیه مفاد آئین نامه پذیرش دانشجوی غیر ایرانی ، صحت اطلاعات درج شده در این پرسشنامه را تایید نموده و در صورت پذیرش در مرکز آموزش عالی علوم پزشکی وارستگان کلیه مقررات و آیین نامه های مربوطه را رعایت کنم.

نام و نام خانودگی متقاضی

امضا