

اطلاعیه ثبت نام پذیرفته شدگان چهل و هشتمین دوره آزمون پذیرش دستیار تخصصی سال ۱۴۰۰

ضمن تبریک به پذیرفته شدگان چهل و هشتمین دوره آزمون پذیرش دستیار تخصصی دانشگاه علوم پزشکی گلستان به اطلاع می‌رساند جهت انجام مراحل ثبت نام از تاریخ یکشنبه مورخ ۱۴۰۰/۰۷/۱۸ لغایت شنبه مورخ ۱۴۰۰/۰۷/۲۴ پس از تکمیل فرم مشخصات در پایین صفحه (بصورت کامل و خوانا و الصاق یک قطعه عکس ۳×۴)، مدارک و مستندات خود را در آدرس اینترنتی: <https://hamava.goums.ac.ir> بارگذاری نمایند. (نام کاربری و رمز عبور هر دو کد ملی می‌باشد)

تلفن تماس: ۰۱۷-۳۲۴۵۱۷۲۲

کلیه پذیرفته شدگان، در هنگام ثبت نام می‌بایست با توجه به سهمیه پذیرش خود اصل مدارک لازم جهت استفاده از سهمیه مربوطه را بر اساس مندرجات راهنماها و دستورالعمل‌های مرتبط به دانشگاه ارائه نمایند، ضمناً عدم ثبت نام در موعد مقرر و یا عدم شروع به آموزش در زمان‌های اعلام شده و نیز اعلام انصراف پس از شروع به آموزش به منزله انصراف قطعی تلقی می‌گردد.

- اسکن پرینت اینترنتی قبولی در آزمون پذیرش دستیاری
- اسکن گواهی صلاحیت بالینی پذیرفته شدگانی که تاریخ فراغت از تحصیل آنها از ۱۳۹۶/۰۶/۳۱ به بعد می‌باشد.
- اسکن تصویر تمام صفحات شناسنامه
- اسکن تصویر کارت ملی
- اسکن عکس رنگی ۳ × ۴
- اسکن تصویر کارت پایان خدمت یا معافیت پزشکی یا کفالت دائم زمان صلح و سایر معافیت‌ها جهت برادران
- اسکن تصویر گواهی پایان طرح نیروی انسانی، معافیت از آن و یا توقف طرح
- اسکن تصویر سند تعهد محضری عام (آزاد، رزمندگان، شاهد، استعداد درخشان و استعدادهای برتر) و یا مازاد مناطق محروم بر اساس سهمیه قبولی
- **تذکر مهم:** خواهشمند است پیش از انجام ثبت نام آنلاین، به دفتر حقوقی دانشگاه به آدرس (گرگان، بلوار هیرکان، سازمان مرکزی دانشگاه علوم پزشکی گلستان) مراجعه و یا با شماره (۰۱۷۳۲۴۷۰۰۸۹ جناب آقای عرب) تماس حاصل فرمائید و مراحل مربوط به سپردن سند تعهد محضری دوره دستیاری را به انجام برسانید. **بدیهی است با عنایت به تاکید وزارت متبوع از ثبت نام آن دسته از پذیرفته شدگانی که فاقد سند تعهد محضری باشند امتناع بعمل خواهد آمد.**
- اسکن تصویر گواهی عدم بدهی به صندوق رفاه دانشجویان وزارت متبوع (فارغ التحصیلان دانشگاه آزاد اسلامی از ارائه مدرک مذکور معاف می‌باشند)
- **اسکن تصویر معرفی نامه جهت کارکنان نیروهای مسلح از بالاترین مقام یگان نظامی مربوطه مبنی بر موافقت با ادامه تحصیل بدون قید و شرط در رشته پذیرفته شده الزامی می‌باشد.**
- اسکن تصویر موافقت نامه بدون قید و شرط در خصوص ثبت نام و ادامه تحصیل از بالاترین مقام مسئول اجرایی ذیربط در استان مربوطه برای مستخدمین رسمی و پیمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی یا وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و نهادها
- اسکن تصویر حکم مأموریت آموزشی یا مرخصی بدون حقوق برای پذیرفته شدگانی که در استخدام رسمی، پیمانی وزارتخانه‌ها، سازمانها، نهادها و ... می‌باشند (بدیهی است تاریخ اجرای حکم می‌بایست از تاریخ شروع دوره دستیاری باشد).

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیات مرکزی گزینش دانشجو

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون دستیاری

گروه پزشکی

تاریخ آزمون رشته انتخابی:

دانشگاه محل تحصیل پزشکی عمومی: سال ورود: سال فارغ التحصیلی:

(چنانچه فارغ التحصیل دانشگاه آزاد میباشید نام واحد دانشگاهی را ذکر نمائید)

تذکر ۱: چنانچه این فرم ناقص تکمیل گردد به آن ترتیب اثر داده نخواهد شد.

تذکر ۲: قسمتهایی که جواب ندارد با خط تیره مشخص گردد.

تذکر ۳: مدارکی که باید پیوست شود: دوقطعه عکس، تصویر صفحات شناسنامه و کارت ملی

نام خانوادگی:

نام:

کد ملی: شماره شناسنامه: نام پدر: تاریخ تولد:

محل تولد: دین: مذهب: وضعیت تاهل:

وضعیت خدمت وظیفه: تابعیت: نام و نام خانوادگی قبلی:

نام و نام خانوادگی همسر: میزان تحصیلات همسر:

شغل و محل کار همسر: شغل پدر: شغل مادر:

آدرس محل زندگی والدین:

 متقاضی استفاده از سهمیه آزاد رزمندگان استعدادهای درخشان مازد مناطق محروم اتباع بیگانه نیروهای مسلح

نام دانشگاههای محل تحصیل به صورت مهمان یا انتقالی :

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	میهمان یا انتقال
۱				
۲				
۳				

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی:

نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	آدرس دقیق و تلفن

طرح خارج از مرکز

کارکنان رسمی دولت و پرسنل رسمی نیروهای نظامی و انتظامی لازم است تصویر آخرین حکم کارگزینی خود را مضمون به مهر کارگزینی دانشگاه یا سازمان مربوطه ضمیمه نمایند.

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه:

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	نهاد یا ارگان اعزام کننده	محل خدمت
۱				
۲				

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی:

ردیف	نام محل	استان	شهر	تاریخ شروع و خاتمه	نوع فعالیت	ارتباط
۱						
۲						

وابستگی درجه یک به خانواده شهید مفقود الاثر آزاده نام و نام خانوادگی ایشان.....
نسبت فامیلی شما باوی..... محل شهادت، اسارت، مفقود شدن زمان.....
چنانچه جانباز می باشید درصد آن را بنویسید آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید بله خیر
مشخصات ۳ نفر از افراد مورد اطمینانی که شما را کاملا می شناسند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند به ترتیب ذکر نمایید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	نحوه آشنایی	تلفن
۱					
۲					
۳					

نام سه نفر از اساتید دانشگاه محل تحصیل که شما را می شناسند ذکر نمایید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	دانشکده یا بیمارستان	آدرس
۱				
۲				
۳				

آدرسهای محل سکونت به طور دقیق نوشته شود:

	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه اقامت	تلفن
فعلی					
قبلی					

سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه پس از بازگشایی دانشگاهها یا هرگونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱				
۲				

چنانچه دارای وابستگی گروهکی می باشید با ذکر نوع فعالیت در یک سطر شرح دهید

شماره تلفن ضروری جهت تماس همراه E-MAIL

اینجانب داوطلب شرکت در آزمون دستیاری سال دانشگاه علوم پزشکی این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته در صورت اثبات خلاف مطالب فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت.

تاریخ تکمیل فرم..... امضاء