شماره سند: SU-fo-Tr-41A

تاریخ وضعیت بازنگری:دوم15/6/ 90

دانشگاه علوم پزشکی قزوین

دانشکده بهداشت

فرم اطلاعات اولیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین

دانشجوی عزیز خواهشمند است قبل از تکمیل این فرم به نکات زیر توجه فرمایید:

- تکمیل این فرم جهت کلیه دانشجویان به هنگام ثبت‌نام الزامی است.
- مسئولیت تکمیل دقیق و خوانای فرم به عهده دانشجو می‌باشد.
- دانشجویان میهمان و انتقالی نیز می‌بایست این فرم را تکمیل نمایند.
- لطفاً بعد از تکمیل فرم، آن را امضاء نموده و به متصدی دانشکده تحویل نمایید.

شماره دانشجویی:
نام و نام خانوادگی:
نام پدر:
جنس: زن□ مرد□
شماره شناسنامه:
محل صدور شناسنامه:
تاریخ تولد: / /
کد ملی:

وضعیت تحصیل:
□انتقالی □جابجایی □میهمان
□ انتقال از خارج □ دوره تکمیلی
وضعیت تأهل: □ مجرد □ متاهل
استان تولد:
شهر تولد: بخش تولد:
دین: □ اسلام □ مسیحی □ سایر
مذهب:□ شیعه □ سنی □ سایر
ملیت:

سهمیه نهایی
منطقه۱□ شاهد□ خانواده شهدا□ نهضت سواد آموزی□
منطقه ۲□ رزمندگان□ همسر شهید□
منطقه ۳□ آزادگان□ آزاد
منطقه۴□ جانبازان□ سپاه□
منطقه۵ □ کارمندان□ ارتش □ رزمنده جهادگر □
سایر با ذکر عنوان سهمیه.....

نوع دیپلم:
سال اخذ دیپلم: معدل دیپلم:
گروه آزمایشی:
زبان:□ انگلیسی □ آلمانی □ فرانسه
□ روسی □ سایر

نیمسال ثبت نام: اول□ دوم□
نوع سکونت: بومی□ غیر بومی□
بورسیه اتباع خارجی: الف□ ب□ آزاد□

سال قبولی در کنکور:
دانشکده: رشته:
نوع دوره: □ روزانه □ شبانه
نوع مقطع: □ پیوسته □ ناپیوسته

نظام وظیفه
خانم است و نظام وظیفه ندارد□
پایان خدمت□ معافیت تحصیلی□
معافیت خدمت(کفالت- پزشکی....)□
کادر رسمی نیروهای مسلح ارتش- سپاه- انتظامی□
دفترچه آماده به خدمت□

توضیحات: نام دانشگاه مبدأ را بنویسید:
انتقالی از دانشگاه:
میهمانی از دانشگاه:

آدرس الکترونیکی:
کد پستی:
آموزش رایگان:

آدرس:
تلفن دائم:

این قسمت مخصوص دانشجویان اتباع بیگانه می‌باشد:

Full name:
Futher name:
Birthdate:
Passport:

این قسمت مخصوص فارغ‌التحصیلان مقاطع قبلی می‌باشد:

رشته قبلی:
مقطع قبلی:
دانشگاه قبلی:
تاریخ فارغ‌التحصیلی قبلی:

نام و امضاء کاربر سیستم آموزش: **تاریخ ورود اطلاعات:**

تاریخ تکمیل فرم: **نام و امضاء دانشجو:**

شماره سند: SU-fo-Tr-68A

دانشگاه علوم پزشکی قزوین
دانشکده بهداشت

تاریخ وضعیت بازنگری:دوم15/6/ 90

((برگه تقاضای بهره مندی از آموزش رایگان))

شماره دانشجوئی( )
شماره پرونده( )

ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی

اینجانب(نام و نام خانوادگی) فرزند متولد سال دارنده شماره شناسنامه صادره از

دانشجوی سال سال ورود رشته دوره روزانه/شبانه دانشگاه

که به اطلاع کامل از لایحه قانونی اصلاح مواد هفت و هشت قانون تأمین و وسائل و امکانات تحصیل اطفال و جوانان ایرانی که در جلسه مورخ ۵۹/۳/۱۲ شورای انقلاب جمهوری اسلامی ایران به تصویب رسیده است و قبول تکالیف قانونی خود علاقه مند هستم درنیمسال سال تحصیلی از مزایای آموزش رایگان طبق قانون مذکور استفاده نمایم تقاضا دارم دستور فرمایید وام اینجانب را طبق مقررات ثبت نمایند.

امضاء دانشجو
تاریخ

آدرس دانشجو:
آدرس ولی دانشجو:
شماره تلفن ولی دانشجو:

شماره سند: SU-fo-Tr-25A

دانشگاه علوم پزشکی قزوین
دانشکده بهداشت

تاریخ وضعیت بازنگری:دوم 90/6/15

اینجانب آقای /خانم دانشجوی رشته مقطع متعهد می‌شوم که در طول مدت تحصیلی در این دانشکده رعایت موازین شرعی و اخلاقی مندرج در آیین‌نامه انطباقی را بنمایم و در غیر اینصورت عواقب ناشی از آن متوجه اینجانب خواهد بود.

امضاء دانشجو