

معاونت دانشجویی و فرهنگی دانشگاه

محل الصاق
عکس

فرم اطلاعات دانشجویان ویژه امور دانشجویی
دانشکده



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نام:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نام خانوادگی:

تاریخ تولد: / / جنسیت: زن ☐ مرد ☐

نام پدر:

سریال شناسنامه:

محل صدور شناسنامه:

کد ملی:

شماره شناسنامه:

قومیت:

ملیت:

مذهب:

دین:

عنوان شغل:

شاغل: بلی ☐ خیر ☐

وضعیت تاهل: مجرد ☐ متاهل ☐

محل اقامت: بومی ☐ غیر بومی ☐

تعداد فرزندان: تاریخ ازدواج:

نام و نام خانوادگی همسر:

کد ملی همسر: شماره شناسنامه همسر: تاریخ تولد همسر:

شماره دانشجویی: رشته تحصیلی: دانشکده:

مقطع تحصیلی: کاردانی ☐ کارشناسی ☐ کارشناسی ارشد ☐ دکتری حرفه ای ☐ دستیاری ☐ PhD ☐

دوره: روزانه ☐ شبانه ☐ پیوسته ☐ ناپیوسته ☐ وضعیت: مهمان ☐ انتقالی ☐ قبولی دانشگاه ☐

محل تحصیلی قبلی: رشته تحصیلی مقطع قبلی:

دانشجو تحت پوشش بیمه: خدمات درمانی ☐ تامین اجتماعی ☐ روستایی ☐ سایر ☐ می باشد.

دانشجو در صورت اینکه تحت پوشش هیچ نوع بیمه ای نباشد به اداره بیمه سلامت شهرستان خود مراجعه نمایید. هزینه توسط خود دانشجو پرداخت گردد.

مشخصات خانوادگی (پدر، مادر، خواهران، برادران - همسر، فرزندان)

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	نام پدر	میزان تحصیلات	شغل	آدرس محل کار و سکونت

تواناییهای فردی دانشجو (علمی - فرهنگی - هنری - ورزشی) مقام کسب شده در زمینه های مزبور ذکر شود.

آدرس کامل سکونت دانشجو:

استان شهرستان خیابان کوچه پلاک کد پستی

تلفن ثابت: -تلفن همراه دانشجو: تلفن همراه پدر: تلفن همراه مادر:

* اینجانب متعهد می شوم که در صورت تغییر آدرس در اولین فرصت به امور دانشجویی دانشکده مربوطه اطلاع دهم، در غیر این صورت دانشکده هیچگونه مسئولیتی در قبال خدمات دانشجویی به اینجانب نخواهد داشت.

تاریخ و امضا دانشجو

مهر و امضا

امور دانشجویی دانشکده

لطفا فرم تکمیل شده را به امور دانشجویی مربوطه تحویل دهید.