بسمه تعالی

فرم ثبت نام اطلاعات دانشجویان جدیدالورود شاهد وایثارگر – سال تحصیلی ۱۴۰۶-۱۴۰۵

اطلاعات اولیه

نام : نام خانوادگی : نام پدر : تاریخ تولد :

جنسیت : مرد زن شماره شناسنامه : کد ملی :

محل صدور : ملیت :

وضعیت تاهل :مجرد متاهل تعداد فرزند :

آدرس پست الکترونیک :

تلفن تماس : ثابت :..... همراه :..... شماره حساب سیبا بانک ملی :.....

آدرس محل سکونت :

اطلاعات شاهد وایثارکر

نام ونام خانوادگی شاهد وایثارگر : **کد پرونده ایثارگری :**

نوع ایثارگری : شهید جانباز (درصد جانبازی ذکر شود) آزاده (مدت اسارت به ماه ذکر شود)

سایر :

نسبت دانشجو با ایثارگر : فرزند همسر خود ایثارگر

استان محل پرونده : منبع درامد : تعداد اعضای خانواده :

اطلاعات تحصیلی

اخرین مدرک تحصیلی : معدل آخرین مدرک تحصیلی : رشته تحصیلی : سال اخذ مدرک :

سال ورود به دانشگاه : نیمسال اول نیمسال دوم شماره دانشجویی :

گروه آموزشی :

فننی ومهندسی علوم پایه علوم انسانی پزشکی زبانهای خارجی

رشته تحصیلی دانشگاه : گرایش :

نوع دانشگاه : روزانه شبانه نیمه حضوری پیام نور غیر انتفاعی جامع علمی کاربردی آزاد

استان محل تحصیل : مرکزی دانشگاه محل تحصیل :دانشگاه علوم پزشکی اراک

مقطع تحصیلی که در آن پذیرفته شده اید : کاردانی کارشناسی کارشناسی ناپیوسته دکتری عمومی دکتری PHD

تخصص فوق تخصص کارشناسی ارشد