



فرم شماره «یک»

بسمه تعالی

الصاق عکس

پرسشنامه امور دانشجویی

مدارک لازم: ۱) کپی شناسنامه از تمام صفحات در صورت متأهل بودن از همسر و فرزندان ۲) یک قطعه عکس ۳×۴ (۳ کپی کارت ملی پشت و رو ۴) کپی مدرک تحصیلی قبلی دانشگاهی در صورت قبولی در مقطع کارشناسی ناپیوسته یا کارشناسی ارشد ناپیوسته ۵) ضمیمه سایر مدارک مرتبط در ظهر پرسشنامه

سال ورود: مهر ☐ بهمن ☐	۱۳ شماره دانشجویی:	شماره حساب بانکی در دانشگاه:
--	--------------------	------------------------------

نام دانشکده	مقطع تحصیلی	رشته تحصیلی
-------------	-------------	-------------

دانشجوی گرامی

با سلام

شماره کد ملی:

شماره کد پستی:

امور دانشجویی دانشگاه به منظور ارزیابی دانشجویان از نظر نیاز به حمایت و تدارکات مربوط، در این چهارچوب، مشخصات و ویژگیهای شما را لازم دارد. پاسخهای روشن و گویا، ما را در این زمینه یاری می دهد.

مشخصات:

نام:	نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره سریال شناسنامه:
شماره شناسنامه:	محل صدور:	تاریخ تولد:	روز: ماه: سال: دین:
محل تولد:	استان:	شهرستان:	بخش: روستا:

وضعیت نظام وظیفه:

پایان خدمت ☐	معاف تحصیلی ☐	معاف پزشکی ☐	معاف کفالت ☐	خرید خدمت ☐	سایر ☐
وضعیت تأهل:	متأهل ☐	نام و نام خانوادگی همسر:	نام پدر:	تاریخ تولد:	
شماره شناسنامه:	تاریخ ازدواج:	نام فرزندان:			

محل و سال اخذ دیپلم:	استان:	شهر:	منطقه:
نوع دیپلم:	محل اخذ دیپلم:	دبیرستان / هنرستان ☐	دولتی ☐
نحوه ورود به دانشگاه:	غیرانتفاعی ☐	استعداد درخشان ☐	

قبول شده در آزمون سراسری:	نیمسال اول ☐	نیمسال دوم ☐	دوره: روزانه ☐	شبانه نوبت دوم ☐
سهمیه قبولی از مناطق:	به عدد ☐	و یا سایر سهمیه قبولی	رتبه قبولی در کنکور سراسری:	

چنانچه جزء نفقات اول تا سوم کارشناسی هر یک از گروههای آزمون سراسری هستید اعلام نمائید:	بلی ☐	خیر ☐
سهمیه قبولی در دانشگاه:	آزاد ☐	منطقه ای ☐
چنانچه قبلاً نیز در دانشگاه به تحصیل اشتغال داشته اید و به هر علت ترک تحصیل نموده اید:	نهادهای دولتی ☐	نام نهاد:

نام دانشگاه:	مقطع تحصیلی:	رشته:	تعداد واحد گذرانده:
علت انصراف یا ترک تحصیل:	نوع ترک تحصیل:	رشته تحصیلی:	

تحصیلات تکمیلی:	دانشجویان قبولی دوره های کارشناسی ارشد / ناپیوسته و دکتری تخصصی تکمیل نمایند
مقطع تحصیلی:	رشته تحصیلی:
نام دانشگاه:	

وضعیت/ایثارگری: شاهد ☐ رزمنده ☐ مدت رزمندگی به ماه ☐ آزاد ☐ مدت اسارت به ماه ☐ جانباز ☐ درصد جانبازی ☐ نوع جانبازی: ☐
 منسوب شهید و ایثارگر خواهر/ برادر شهید ☐ خواهر/ برادر/ مفقودالثر/ اسیر ☐ فرزند و همسر جانباز کمتر از ۷۰٪ ☐
 تحت پوشش: کمیته امداد حضرت امام (ره) ☐ سازمان بهزیستی کشور ☐ بنیاد شهید ☐ سایر نام ببرید:

وضعیت جسمی: بیماری خاصی ندارم ☐ مبتلا به بیماری: ☐ نام پزشک معالج: ☐ نقص عضو: ☐
 معلولیت جسمی ☐ نابینا ☐ ناشنوا ☐ معلولیت و ... ☐
 خدمات درمانی: تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی ☐ خویش فرما ☐ بیمه خدمات درمانی ☐ بیمه تکمیلی ☐
 بیمه حوادث عمر ☐ هیچکدام ☐
 سابقه اشتغال: ندارم ☐ دارم ☐ نوع شغل: ☐ مدت اشتغال: ☐ درآمد ماهیانه ☐

محل اشتغال و نشانی آن:
 در حال حاضر بورسیه سازمان یا مؤسسه هستم؟ بلی ☐ خیر ☐ نام سازمان:
 آیا به آموزش و پرورش تعهد دبیری سپرده اید؟ بلی ☐ خیر ☐ آیا به صورت حق التدریس در آموزش و پرورش انجام وظیفه می کنید؟ بلی ☐ خیر ☐
 آیا شما درآمد دیگری بجز درآمد خانواده و شغل اصلی خود دارید؟ نوع کار و میزان آن را ذکر نمایید:
 فعالیت فوق برنامه: علاقمند به شرکت در فعالیتهای فوق برنامه بلی ☐ خیر ☐ نوع فعالیت: ☐
 کسب مقام اول در مسابقات: المپاد سال: ☐ رشته: ☐
 کسب مقام در مسابقات ورزشی: رشته ورزشی: ☐ سال: ☐ مقام کسب شده: ☐
 چنانچه در زمینه امور فرهنگی و هنری مهارت دارید، رشته تخصصی، میزان مهارت فنی، اجتماعی و سوابق کاری خود را ذکر نمایید.

وضعیت محل سکونت خانواده:

ملکی ☐ استیجاری ☐ سازمانی ☐ رهن ☐ ستاد اسکان ☐ نوع دیگر شرح دهید: ☐
 نشانی و تلفن محل سکونت دائم خانواده: ☐

وضعیت سرپرست خانواده: پدر ☐ مادر ☐ قیم ☐ پدر از کار افتاده ☐ مادر متوفی ☐ پدر متوفی ☐
 مشخصات خانواده: شامل پدر، مادر، خواهران و برادران مجرد و یا افراد تحت تکفل - دانشجویان متأهل شامل همسر و فرزندان

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

تذکر: در صورتی که سرپرست خانواده فرد دیگری به غیر از پدر می باشد مشخصات وی در جدول فوق درج گردد.
 * نشانی و تلفن جهت مواردی که نیاز به تماس فوری است.

تاریخ: ☐ امضاء دانشجو: ☐ نام و نام خانوادگی کارشناس: ☐ امضاء: ☐