

محل الصاق عکس

 پرسشنامه داوطلبی عضویت در هیئت مدیره سازمان نظام پزشکی

**استان: شهرستان: سراسری: دوره ای**

1. مشخصات فردی :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نام :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نام خانوادگی :**

**نام خانوادگی قبلی : فرزند: شماره شناسنامه : محل صدور:**

|  |
| --- |
|  |

 **تاریخ تولد : / / محل تولد : کد ملی :**

**وضعیت تاهل : متاهل مجرد تعداد فرزندان : تابعیت فعلی : قبلی**

**شغل : شماره نظام پزشکی : شماره تلفن همراه:**

**آدرس محل سکونت فعلی : شماره تلفن :**

**آدرس محل سکونت قبلی : شماره تلفن :**

**آدرس محل کار: شماره تلفن :**

**آدرس ایمیل:**

2- وضعیت تحصیلی :

**مدارج تحصیلی بترتیب « دیپلم ، فوق دیپلم ، کارشناسی ، کارشناسی ارشد، دکتری یا تخصص، فوق تخصص ، فلوشیپ» ذکر شود:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع مدرک | رشته تحصیلی | نام موسسه آموزشی | کشور | شهر | توضیحات |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 

3- مهمترین مشاغل ، مسئولیت و سوابق آموزشی و پژوهشی به ترتیب از آخرین شغل :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام موسسه یا سازمان  | سمت  | از سال  | تاسال  | آدرس موسسه یا سازمان  |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |

4- هرگونه سابقه بازداشت یا محکومیت پزشکی و کیفری :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | مورد اتهام  | تاریخ  | مرجع رسیدگی کننده  | نتیجه رسیدگی |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |

 

5-آیا تابعیت غیر از ایران دارید؟ **آری خیر کدام کشور :**

6-سوابق حضور در جبهه های حق علیه باطل : **داوطلبانه تیم اضطراری طرح یک ماهه مدت حضور :**

7- سابقه همکاری با موسسات پزشکی وابسته به نهادها و امور خیریه: **آری خیر کدام موسسه:**

8- سه نفر از افراد مشهور و متعهد که از سوابق شما اطلاعات کامل داشته باشند را با ذکر محل و تلفن تماس معرفی نمائید:

**1-نام ونام خانوادگی : آدرس و محل کار :**

**2- نام ونام خانوادگی: آدرس و محل کار :**

**3- نام ونام خانوادگی: آدرس و محل کار :**

**اینجانب بااعتقاد به نظام جمهوری اسلامی ایران ، داوطلبی خود را جهت عضویت در هیات مدیره سازمان نظام پزشکی شهرستان اعلام و تعهد می نمایم که اظهارات فوق کاملا صحیح و مطابق با واقعیت می باشد.**

**نام ونام خانوادگی :**

 **تاریخ :**

 **امضاء و مهر نظام پزشکی :**