



# دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

## معاونت دانشجویی فرهنگی

### اطلاعات فردی دانشجو

محل  
نصب  
عکس

نام و نام خانوادگی:	شماره دانشجویی:	رشته:	کد ملی:	نام پدر:
شماره شناسنامه:	محل صدور شناسنامه:	محل تولد:	تاریخ تولد: (طبق شناسنامه)	دین: مذهب:
وضعیت تاهل:	تعداد فرزندان (در صورت متاهلی):	آیا مبتلا به بیماری خاصی می باشید؟ (نوع بیماری ذکر شود.)	تلفن همراه پدر:	تلفن همراه مادر:
تلفن همراه دانشجو:	کد شهرستان و تلفن محل اقامت والدین:	آدرس دقیق محل سکونت:		

مشخصات افراد خانواده (دانشجویان متاهل علاوه بر افراد خانواده مشخصات همسر و فرزندان خود را نیز قید نمایند)

ر	نام و نام خانوادگی	نسبت	وضعیت تاهل	تحصیلات	شغل	کد شهر و تلفن تماس
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						

مشخصات محارم به جز اعضای خانواده (محارمی که اجازه دارند با دانشجو در ارتباط باشند) (این قسمت فقط توسط ولی دانشجو خواهد تکمیل گردد)

ر	نام و نام خانوادگی	نسبت	آدرس	تلفن و کد شهر	شماره تلفن همراه
۱					
۲					
۳					

بستگان نزدیک دانشجو در اصفهان و شهرهای مجاور که دانشجو می تواند برخی ایام نزد ایشان باشد. (توسط ولی دانشجو غیر بومی تکمیل گردد).

ر	نام و نام خانوادگی	نسبت	آدرس	تلفن و کد شهر	شماره تلفن همراه
۱					
۲					
۳					

بدینوسیله صحت اطلاعات عمومی تکمیل شده فوق و همچنین تعهد رعایت ضوابط و مقررات جاری توسط اینجانب مورد تایید و پذیرش می باشد. تاریخ تکمیل فرم: نام و نام خانوادگی و امضاء دانشجو:	بدینوسیله صحت اطلاعات عمومی تکمیل شده فوق و همچنین تعهد رعایت ضوابط و مقررات جاری تو س ط دا ن ش ج و ی ف و ق ب ر ا ی اینجانب ولی ا ب شان مورد تایید و پذیرش می باشد. تاریخ تایید مندرجات فرم: نام و نام خانوادگی و امضاء ولی دانشجو:
--	---

بدینوسیله کامل بودن فرم اطلاعات عمومی از نظر تکمیل کلیه قسمت های فرم و تایید امضای دانشجو متقاضی و ولی ایشان در حضور اینجانب تایید می گردد. نام و نام خانوادگی کنترل کننده فرم: تاریخ و امضاء:
--