محل الصاق عکس

**بسمه تعالي**

****

**فرم درخواست همکاری به عنوان عضو هیات علمی پژوهشی**

**معاونت پژوهش و فناوري دانشگاه علوم پزشکي مشهد**

**مشخصات متقاضی گدراندن تعهدات قانونی/ قرارداد در دانشکده پزشکی گروه آموزشی ………**

نام:...................................

نام خانوادگی:...........................

نام پدر:..................شماره شناسنامه......................کدملی........................محل تولد................................تاریخ تولد:...............

دین:...................مذهب:.......................تابعیت:............................وضعیت تاهل: مجرد□ متاهل□

وضعیت نظام وظیفه: خدمت کرده□ معافیت تحصیلی□ معافیت دائم□ مشغول خدمت□

سوابق کاری: کارمند می باشم□ کارمند نمی باشم□ وضعیت استخدامی: ................. سابقه خدمت:..............

سوابق ایثارگری: خانواده شهید□ جانباز□ ازاده□ حضور داوطلبانه در جبهه□

نشانی محل کار:............................................................................................................................................................تلفن محل کار:.......................

نشانی محل سکونت:.. :.................................................................................................................................................تلفن ثابت:..........................

نشانی پست الکترونیک:........................ .......................................................................................................................تلفن همراه:........................

**سوابق تحصیلات دانشگاهی:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **مقطع تحصیلی** | **رشته تحصیلی** | **معدل/ رتبه** | **دانشگاه محل تحصیل** | **کشور محل تحصیل** | **تاریخ شروع** | **تاریخ پایان** |
| **1** | **کارشناسی** |  |  |  |  |  |  |
| **2** | **کارشناسی ارشد/ دکتری عمومی** |  |  |  |  |  |  |
| **3** | **Ph.D/ تخصص** |  |  |  |  |  |  |

آیا عضو بنیاد ملی نخبگان می باشید؟ بلی□ خیر□

**مدارک لازم برای تشکیل پرونده( لازم است یه صورت CD/DVD در یک نسخه ارائه گردد)**

1.تصویر تمامی صفحات شناسنامه 2. تصویر دو طرف کارت ملی 3. تصویر آخرین مدرک تحصیلی/ صورتجلسه دفاع برای فارغ التحصیلان وزارت بهداشت 4. شناسنامه علمی(CV) به همراه مستندات آموزشی، پژوهشی و اجرایی دکر شده در (CV) 5.گواهی عضویت در بنیاد ملی نخبگان(در صورت وجود) 6. تصویر سند تعهد محضری مقطع Ph.D 7. تصویر کارت پایان خدمت یا معافیت دائم یا موقت یا دوره نظام وظیفه 8. موافقت دانشگاه مبدا ( در صورت درخواست انتقال تعهدات) 9. ارائه موافقت محل خدمت مستخدمین و بورسیه ها

**اینجانب...............................با صحت و دقت به سوالات این پرسشنامه پاسخ گفته و نسبت به آن خود را مسئول و متعهد می دانم.ضمنا تمامی مدارک خواسته شده فوق را همراه با این پرسشنامه ارسال می نمایم و چناچه به دلیل نقص مدارک پرونده اینجانب بلا اقدام بماند، مسئولیت آن را به عهده می گیرم و معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مشهد در این باره هیچ مسئولیتی ندارد.**

**امضا و تاریخ تقاضا:**