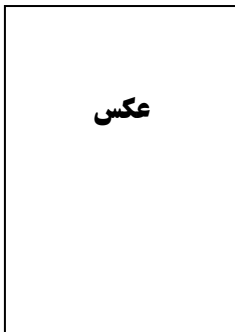




دانشگاه علوم پزشکی کاشان

پردیس خودگردان

فرم شماره ۱: اطلاعات فردی



به نام خدا

شماره دانشجویی:

نام و نام خانوادگی: کد ملی: جنس زن مرد

نام پدر: تاریخ تولد: محل تولد:

ملیت: دین: وضعیت تاهل: مجرد متاهل

آیا عضو خانواده محترم شهدا، جانبازان و ایثارگران بلی خیر

در صورت بلی نسبت خود را با ایشان مشخص فرمائید

آیا از سهمیه ستاد شاهد می باشید؟ بلی خیر

وضعیت نظام وظیفه:

آدرس محل سکونت: کد پستی:

شماره تلفن همراه دانشجو: شماره تلفن ثابت: (با پیش شماره) شماره تلفن همراه و الدین:

مشخصات افراد خانواده: پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر، فرزند

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	سن	مجرد یا متاهل	تحصیلات	شغل
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						

اینجانب صحت اطلاعات فوق را تأیید می نمایم.

نام و نام خانوادگی دانشجو امضاء تاریخ

اطلاعات این فرم بصورت محرمانه می باشد، لطفا فرم را بطور کامل و صحیح تکمیل فرمائید.



به نام خدا

دانشگاه علوم پزشکی کاشان
پردیس خودگردان

فرم شماره ۲: اطلاعات تحصیلی

نام و نام خانوادگی:

شماره دانشجویی:

نوع دیپلم: سال اخذ دیپلم: معدل کل دیپلم: معدل کتبی دیپلم:

معدل سال های دبیرستان: سال اول: سال دوم: سال سوم:

آیا تاکنون دانشجو بوده اید؟ بلی خیر

در صورت بلی رشته، محل تحصیل، زمان قبولی، وضعیت فارغ التحصیلی و یا انصراف از تحصیل را مشخص فرمائید.

منطقه آزمون کنکور: منطقه ۱ منطقه ۲ منطقه ۳ شاهد

نمره کل کنکور (نمره تراز): حتما جواب دهید و لطفا دقیق و با دقت بنویسید

رتبه منطقه: حتما جواب دهید و لطفا دقیق و با دقت بنویسید

رتبه کل: حتما جواب دهید و لطفا دقیق و با دقت بنویسید

پردیس خودگردان دانشگاه علوم پزشکی کاشان چندمین انتخاب شما بود؟ حتما جواب دهید

کدامیک از پردیس های خودگردان را قبل از پردیس خودگردان دانشگاه علوم پزشکی کاشان انتخاب کرده اید. لطفا نام ببرید، حتما جواب دهید

اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم
هفتم	هشتم	نهم	دهم	بیش از دهم	

با توجه به اینکه پردیس خودگردان دانشگاه علوم پزشکی کاشان تازه تاسیس می باشد و تعداد محدودی دانشجو می پذیرد، در حال حاضر امکان انتقال از پردیس خودگردان دانشگاه علوم پزشکی کاشان به دیگر پردیس های خودگردان دانشگاه های علوم پزشکی کشور امکان پذیر نمی باشد. میهمانی به دیگر پردیس های خودگردان دانشگاه های علوم پزشکی کشور هر سال به تعداد بسیار محدود و پس از بررسی شرایط دانشجو و موافقت شورای آموزشی پردیس خودگردان دانشگاه علوم پزشکی کاشان امکان پذیر است. موارد فوق به اطلاع اینجانب رسید و مورد قبول می باشد.

اینجانب صحت اطلاعات فوق را تأیید می نمایم. نام و نام خانوادگی دانشجو، امضاء، تاریخ

دکتر مهدی نورالدینی معاون آموزشی، پژوهشی و دانشجویی پردیس خودگردان مهر، امضاء و تاریخ

اطلاعات این فرم بصورت محرمانه می باشد، لطفا فرم را بطور کامل و صحیح تکمیل فرمائید.



به نام خدا

دانشگاه علوم پزشکی کاشان

پردیس خودگردان

شماره دانشجویی:

فرم شماره ۳: توانایی مالی

نام و نام خانوادگی:

نام پدر:

شغل پدر: (لطفا دقیق بنویسید)

میزان تحصیلات پدر:

میزان درآمد ماهیانه پدر:

نام مادر:

شغل مادر: (لطفا دقیق بنویسید)

میزان تحصیلات مادر:

میزان درآمد ماهیانه مادر:

هر گونه توضیح اضافی دیگر:

آیا قادر به پرداخت شهریه های تحصیلی و برخی هزینه های جانبی (نظیر کلاس های تقویتی، زبان و رفاهی) در این دانشگاه

هستید؟

خیر

بلی

اینجانب با آگاهی از شهریه های تحصیلی و هزینه های جانبی متعارف پردیس خودگردان دانشگاه علوم پزشکی کاشان متعهد می گردم شهریه ها و هزینه ها مصوب را طبق جدول زمان بندی پرداخت نمایم. پردیس خودگردان دانشگاه علوم پزشکی کاشان مجاز است در صورتیکه شهریه های تحصیلی (شهریه های ثابت و متغییر) طبق جدول زمان بندی پرداخت نکرده، از ادامه تحصیل اینجانب جلوگیری نماید.

مبلغ شهریه های تحصیلی پردیس خودگردان بر اساس پیشنهاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و تصویب هیئت امناء دانشگاه علوم پزشکی کاشان می باشد. هر سال بر اساس میزان تورم سالیانه اعلام شده از طرف بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران و در صورت تصویب هیئت امناء به مبلغ شهریه های پردیس خودگردان اضافه می گردد.

اینجانب صحت اطلاعات فوق را تأیید می نمایم.

نام و نام خانوادگی دانشجو امضاء و تاریخ

نام و نام خانوادگی والدین دانشجو امضاء و تاریخ

مدیر امور مالی پردیس خودگردان: مهر، امضاء و تاریخ

اطلاعات این فرم بصورت محرمانه می باشد، لطفا فرم را بطور کامل و صحیح تکمیل فرمائید.