

بسمه تعالی

فرم ثبت نام دانشجویان آموزشکده ملی مهارت دختران شاهرود

شماره داوطلبی:	رشته :	مقطع: کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی ناپیوسته <input type="checkbox"/> کارشناسی پیوسته <input type="checkbox"/>	دوره: روزانه <input type="checkbox"/> شبانه <input type="checkbox"/>
----------------	--------	---	--

الف: مشخصات فردی

نام: ۱-	نام خانوادگی: ۲-	نام پدر: ۳-
۴- تاریخ تولد: روز ماه سال	۵- محل تولد: روستا شهر استان	
۶- شماره شناسنامه:	۷- محل صدور شناسنامه: حوزه شهر استان	
۸- تاریخ صدور: روز ماه سال	۹- شماره ملی:	
۱۰- تابعیت:	۱۱- قومیت:	۱۲- دین: اسلام (شیعه <input type="checkbox"/> سنی <input type="checkbox"/> مسیحی <input type="checkbox"/> کلیمی <input type="checkbox"/> زرتشتی <input type="checkbox"/>
۱۳- بومی: <input type="checkbox"/> (سمنان <input type="checkbox"/> شاهرود <input type="checkbox"/> گرمسار <input type="checkbox"/> دامغان <input type="checkbox"/> میامی <input type="checkbox"/> غیربومی: <input type="checkbox"/>		

ب: سوابق تحصیلی

دیپلم: فنی نظام قدیم <input type="checkbox"/> فنی و حرفه ای <input type="checkbox"/> کاردانش <input type="checkbox"/> رشته تحصیلی:	ماه و سال فراغت از تحصیل:	از هنرستان:	شهر:	استان:
معدل:				

ج: وضعیت استفاده از سهمیه پذیرش

۱- شاهد <input type="checkbox"/> ۲- ایثارگر <input type="checkbox"/> ۳- خانواده شهید یا ایثارگر <input type="checkbox"/> شماره پرونده:
--

د: وضعیت جسمانی

۱- سالم <input type="checkbox"/> ۲- جانباز <input type="checkbox"/> ۳- معلول حرکتی <input type="checkbox"/> ۴- نیمه شنوا <input type="checkbox"/> ۵- ناشنوا <input type="checkbox"/> ۶- نیمه بینا <input type="checkbox"/> ۷- نابینا <input type="checkbox"/>
۸- سایر نقص عضوها (با ذکر نوع) <input type="checkbox"/>

ه: وضعیت شغلی

۱- فاقد شغل <input type="checkbox"/> ۲- شاغل <input type="checkbox"/> نام اداره / موسسه / سازمان:	منطقه:	شهر:	استان:	پست سازمانی:	تلفن محل کار:
آدرس محل کار:					

و: سایر اطلاعات شخصی

۱- وضعیت تأهل: مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> (شغل همسر:	تعداد فرزندان:	۲- تعداد افراد تحت تکفل:
۳- شغل پدر:	۴- شغل مادر:	۵- تعداد برادر و خواهر:
۶- آدرس محل سکونت والدین (خانواده) دانشجوی:		
۷- کدپستی:	۸- تلفن و کد مربوطه:	۹- تلفن همراه والدین:
۱۰- آدرس محل سکونت فعلی دانشجوی:		
۱۱- کدپستی:	۱۲- تلفن و کد مربوطه:	۱۳- تلفن همراه دانشجوی:
۱۴- تلفن تماس مواقع ضروری:	کد شهرستان:	بنام:
نسبت با دانشجوی:		
۱۵- آیا خانواده شما تحت پوشش سازمان های حمایتی می باشد؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> شماره پرونده:		
نام سازمان: کمیته امداد امام <input type="checkbox"/> بهزیستی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> (با ذکر نام):		

اینجانب متعهد می شوم در صورت تغییر نشانی: آدرس محل سکونت جدید را سریعاً به اداره آموزش مرکز اعلام نمایم.

نام و نام خانوادگی

امضاء