

محل الصاق عکس

## فرم درخواست خوابگاه دانشجویان غیربومی شاغل به تحصیل در دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نیشابور



رئیس محترم اداره امور خوابگاه ها

احتراما اینجانب با مشخصات ذیل نیاز به استفاده از خوابگاه مجردی را دارم، لذا خواهشمند است دستورات لازم را صادر فرمایید.

|                          |   |
|--------------------------|---|
| نام خانوادگی:            | نام: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد   |
| شماره شناسنامه:          | محل صدور شناسنامه:  |
| شغل پدر:                 | دین: <input type="checkbox"/> شیعه <input type="checkbox"/> سنی <input type="checkbox"/> مذهب: وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متاهل |
| نام و نام خانوادگی همسر: | شغل همسر: تعداد فرزندان:  |

|   |  |                              |              |
|---|--|------------------------------|--------------|
| شماره دانشجویی:   | کد ملی:  | رشته:                        | مقطع تحصیلی: |
| دوره ورود: <input type="checkbox"/> مهر <input type="checkbox"/> بهمن | دانشجوی: <input type="checkbox"/> انتقالی <input type="checkbox"/> مهمان | نام دانشگاه مبدأ:            |              |
| آیا از وام و یا بورس تحصیلی موسسه یا سازمان دیگری استفاده می کنید؟    | <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر                |                              |              |
| به نهادها، ارگان ها، وزارتخانه و یا موسسات دیگری تعهد خدمت دارید؟     | <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر                | نام محلی که تعهد خدمت دارید؟ |              |
| در صورتی که تعهد خدمتی دارید آیا بابت این تعهد وجهی دریافت می کنید؟   | <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر                |                              |              |
| آیا به کاری غیر از تحصیل اشتغال دارید که برایتان درآمدی داشته باشد؟   | <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر                | درآمد ماهیانه شما چقدر است؟  |              |

|   |                        |                   |
|---|------------------------|-------------------|
| دانشجوی بومی شهرستان هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر | آدرس محل سکونت والدین: |                   |
| استان محل سکونت:  | شهر محل سکونت:         | کدپستی محل سکونت: |
| آدرس محل سکونت:   |                        |                   |

|   |   |
|---|---|
| خانواده شاهد و ایثارگر: شاهد <input type="checkbox"/> آزاده <input type="checkbox"/> ایثارگر <input type="checkbox"/> جانباز <input type="checkbox"/>   | تحت پوشش: کمیته امداد <input type="checkbox"/> بهزیستی <input type="checkbox"/> سایر ..... <input type="checkbox"/> |
| *بیماری صعب العلاج / خاص دانشجو یا بستگان درجه یک وی <input type="checkbox"/>   | تعداد دانشجویان در خانواده: .....   |
| فرزندان کارکنان دانشگاه و وزارت <input type="checkbox"/> (ارائه مدارک معتبر الزامی می باشد)   |   |
| وضعیت عمومی بدن (در صورت ابتلا به هر یک از بیماری های زیرموارد را مشخص نمایید.)   |   |
| د یا بت <input type="checkbox"/> صرع <input type="checkbox"/> بیماری های قلبی و عروقی <input type="checkbox"/> بیماری های تنفسی (آسم، مشکلات ریوی و...)   |   |
| بیماری های کلیوی <input type="checkbox"/> انواع آلرژی (در صورت وجود نوع آلرژی.....) <input type="checkbox"/> بیماری های پوستی <input type="checkbox"/> مشکلات حرکتی و اسکلتی <input type="checkbox"/> |   |
| اختلالات عصبی یا روانی <input type="checkbox"/> سایر بیماری ها (نوع بیماری: .....) <input type="checkbox"/>   |   |
| مصرف هر نوع دارو (خوراکی، موضعی، تزریقی) در حال حاضر: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر   |   |
| چه دارویی مصرف می کنید؟   |   |

|  |                   |
|--|-------------------|
| شماره همراه دانشجو:                    | شماره همراه پدر:  |
| شماره تلفن منزل (همراه کد):            | شماره همراه مادر: |
| شماره همراه همسر (در صورت متاهل بودن): |                   |

اینجانب ..... تعهد می نمایم کلیه موارد مندرج در این پرسشنامه را صادقانه و با صحت کامل تکمیل نموده ام و در صورتی که خلاف واقع در اطلاعات داده شده مشاهده و اثبات گردد، مسئولین دانشگاه حق محرومیت اینجانب را از کلیه امکانات رفاهی دانشگاه خواهند داشت.

تاریخ تکمیل فرم

امضاء دانشجو

### تاییدیه اشتغال به تحصیل

بدینوسیله تایید می نماید که دانشجوی فوق جناب آقای/سرکارخانم ..... به شماره دانشجویی ..... در سال تحصیلی ..... منع قانونی جهت ادامه تحصیل نداشته و اشتغال به تحصیل دارند.

تاریخ و امضاء کارشناس اداره خوابگاه ها

### سرپرستی محترم خوابگاه

بدینوسیله اعلام می دارد استفاده دانشجوی فوق از خوابگاه (با عنایت به مراتب فوق الذکر و مدارک موجود در این اداره) جهت اسکان معرفی می شود.

امضا رئیس اداره امور خوابگاه ها

\*بیماری های صعب العلاج: متابولیک، بال پروانه ای، اوتیسم، SMA/بیمارهای خاص: تالاسمی، هموفیلی، دیالیز، MS