

**دانشگاه علوم پزشکی کردستان**

**مدیریت امور بین الملل دانشگاه**

**شورای پذیرش دانشجویان غیر ایرانی**

سنندج، خیابان پاسداران- پردیس دانشگاه علوم پزشکی کردستان

کدپستی13446-66177

تلفن:08733664645

**فرم درخواست پذیرش دانشجوی غیر ایرانی در دانشگاه علوم پزشکی کردستان**

**الف)مشخصات فردی:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نام: | | |
| نام خانوادگی: | | |
| نام پدر: | | |
| شماره شناسایی ملی: | | |
| تاریخ تولد(روز/ماه/سال): | | |
| محل تولد(شهر/کشور): | | |
| تابعیت: | | ملیت: |
| مونث | جنس: مذکر | دین: |
| وضعیت تاهل: مجرد  متاهل تعداد فرزندان: | | |
| مشخصات گذرنامه:  شماره گذرنامه:  تاریخ صدور:  تاریخ انقضاء:  محل صدور(شهر/کشور): | | |

****

**ب) سابقه تحصیلی:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| کشور | شهر | نام مؤسسه | معدل | تاریخ پایان | تاریخ شروع | رشته تحصیلی | نوع مدرک |
|  |  |  |  |  |  |  | دیپلم |
|  |  |  |  |  |  |  | کارشناسی |
|  |  |  |  |  |  |  | کارشناسی ارشد |

**ج) رشته تحصیلی و مقطع مورد تقاضا(به ترتیب اولویت)**

|  |  |
| --- | --- |
| رشته تحصیلی مورد تقاضا | ردیف |
|  | 1 |
|  | 2 |
|  | 3 |

**د) آدرس و شماره تماس متقاضی:**

|  |
| --- |
| کشور: |
| استان: |
| شهر: |
| خیابان: |
| تلفن ثابت: |
| تلفن همراه: |
| Email: |



**آدرس و شماره تماس بستگان و یا دوستان شما در ایران که در صورت ضرورت بتوان با آنها تماس گرفت:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگی | نسبت | شماره تماس | آدرس |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**محل اخذ روادید تحصیلی برای متقاضیان عراقی :** بغداد □ نجف □ کربلا □ سلیمانیه □ اربیل □

اینجانب با اطلاع از اینکه تکمیل این فرم به منزله پذیرش در دانشگاه علوم پزشکی کردستان نمی باشد، تعهد می نمایم که کلیه اطلاعات را بطور کامل، دقیق و صحیح نوشته ودر صورت پذیرش در دانشگاه علوم پزشکی کردستان کلیه مقررات و آیین نامه های مربوط را رعایت کنم.

**نام متقاضی:**

**امضاء متقاضی:**

**تاریخ:**