محل الصاق عکس

فرم درخواست خوابگاه دانشجویان غیربومی شاغل به تحصیل در دانشگاه 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:	**نام خانوادگی:**	**جنسیت: مرد ☐ زن ☐**
تاریخ تولد:	**شماره شناسنامه:**	**محل صدور شناسنامه:**
نام پدر:	**شغل پدر:** / **دین: مذهب: شیعه ☐ سنی ☐**	**وضعیت تاهل: مجرد ☐ متاهل ☐**
نام و نام خانوادگی همسر:	**شغل همسر:**	**تعداد فرزندان:**

شماره دانشجویی:	**کدملی:**	**رشته:**	**مقطع تحصیلی:**
دوره ورود : مهر ☐ بهمن ☐	**دانشجوی: انتقالی ☐ مهمان ☐**	**نام دانشگاه مبدا:**	
آیا از وام و یا بورس تحصیلی موسسه یا سازمان دیگری استفاده می کنید؟	**بلی ☐ خیر ☐**		
به نهادها، ارگان ها، وزراتخانه و یا موسسات دیگری تعهد خدمت دارید؟	**بلی ☐ خیر ☐ نام محلی که تعهد خدمت دارید؟**		
در صورتی که تعهد خدمتی دارید آیا بابت این تعهد وجهی دریافت می کنید؟	**بلی ☐ خیر ☐**		
آیا به کاری غیر از تحصیل اشتغال دارید که برایتان درآمدی داشته باشد؟	**بلی ☐ خیر ☐ درآمد ماهیانه شما چقدر است؟**		

دانشجوی بومی شهرستان هستید؟ بلی ☐ خیر ☐		**آدرس محل سکونت والدین:**
استان محل سکونت:	**شهر محل سکونت:**	**کدپستی محل سکونت:**
آدرس محل سکونت:		

خانواده شاهد و ایثارگر: شاهد ☐ آزاده ☐ ایثارگر ☐ جانباز ☐	**تحت پوشش: کمیته امداد ☐ بهزیستی ☐ سایر .....**
***بیماری صعب العلاج / خاص دانشجو یا بستگان درجه یک وی ☐**	**تعداد دانشجویان در خانواده: .....**
فرزندان کارکنان دانشگاه و وزارت ☐ (ارائه مدارک معتبر الزامی می باشد)	

وضعیت عمومی بدن (در صورت ابتلا به هر یک از بیماری های زیر موارد را مشخص نمایید).

دیابت ☐ صرع ☐ بیماری های قلبی و عروقی ☐ بیماری های تنفسی (آسم، مشکلات ریوی و...) ☐

بیماری های کلیوی ☐ انواع آلرژی (در صورت وجود نوع آلرژی)..... ☐ بیماری های پوستی ☐ مشکلات حرکتی و اسکلتی ☐

اختلالات عصبی یا روانی ☐ سایر بیماری ها (نوع بیماری)..... :

مصرف هر نو دارو (خوراکی، موضعی، تزریقی) در حال حاضر: بل ☐ 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 پرس ش نامه 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 .

امضاء دانشجو **تاریخ تکمیل فرم**

سرپرستی محترم خوابگاه

بدینوسیله اعلام می دارد دانشجوی فوق جهت اسکان در خوابگاه (با عنایت به مراتب فوق الذکر و مدارک موجود در این اداره) 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**