



وزارت علوم ، تحقیقات و فناوری  
مؤسسه آموزش عالی غیر انتفاعی پارسا

**فرم ثبت نام**

**اطلاعات فردی :**

|  |   |
|--|---|
| نام خانوادگی :   | نام پدر :   |
| تاریخ تولد :   | جنسیت : مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>          |
| شماره شناسنامه :   | وضعیت تأهل : مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> |
| تعداد فرزندان :  | دین :   |
| وضعیت جسمانی دانشجو : سالم <input type="checkbox"/> معلول <input type="checkbox"/> | مذهب :  |
| شاغل هستید : بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>             | نوع ضایعه یا معلولیت :  |
| محل سکونت دائم : استان   | در صورت شاغل بودن نوع و محل شغل را قید نمایید :                           |
| آدرس محل سکونت :   | شهر   |
| آدرس الکترونیکی :  | تلفن محل سکونت :  |
|  | تلفن همراه :  |

**اطلاعات تحصیلی :**

|  |  |
|--|--|
| رشته قبولی در مؤسسه :  | مقطع تحصیلی :  |
| وضعیت دانشجو : عادی <input type="checkbox"/> انتقالی <input type="checkbox"/> مهمان <input type="checkbox"/> | سال ورود :   |
| دانشگاه یا مؤسسه آموزش عالی مبدأ (مخصوص دانشجویان مهمان و انتقالی) :   | نیمسال ورود : مهر <input type="checkbox"/> بهمن <input type="checkbox"/> |
| شماره دانشجویی دانشگاه مبدأ :  | تاریخ شروع به تحصیل :  |
| مقطع تحصیلی قبلی :   | رشته تحصیلی قبلی :   |
| نام محل تحصیل در مقطع قبلی :   | معدل :   |
|  | تاریخ اخذ مدرک در مقطع قبلی :  |

**اطلاعات همسر دانشجو :**

|                |   |
|----------------|---|
| نام خانوادگی : | نام پدر :   |
| تاریخ تولد :   | وضعیت : خانه دار <input type="checkbox"/> شاغل <input type="checkbox"/> |
|                | شماره شناسنامه :  |

## اطلاعات فرزندان دانشجو :

| نام | نام خانوادگی | شماره شناسنامه | تاریخ تولد |
|-----|--------------|----------------|------------|
|     |              |                |            |
|     |              |                |            |
|     |              |                |            |

## اطلاعات خانوادگی دانشجو :

وضعیت پدر : فوت کرده  از کار افتاده  بازنشسته  شاغل  متولد سال .....

در صورت شاغل بودن پدر نوع و محل شغل :

وضعیت مادر : فوت کرده  از کار افتاده  بازنشسته  شاغل

در صورت شاغل بودن مادر نوع و محل شغل :

تعداد فرزندان تحت تکفل خانواده :      تعداد فرزندان شاغل به تحصیل خانواده :

دانشجو تحت پوشش کدام مرکز می باشد :      کمیته امداد  بهزیستی  سایر مراکز  هیچکدام

وضعیت اجتماعی خانواده دانشجو : شهدا  جانبازان  ایثارگران  آزادگان  مفقودالامر  هیچکدام

اگر جزء خانواده های شاهد و ایثارگر می باشید فرم شماره ۷ را حتماً تکمیل نمایید.

## اطلاعات نظام وظیفه : (خواهران نیاز به تکمیل این قسمت ندارند)

وضعیت خدمت وظیفه : انجام نشده  انجام شده  معافیت پزشکی  معافیت کفالت  سایر معافیت ها

در حال انجام خدمت

اگر معاف می باشید نوع معافیت : دائم  موقت

اگر در حال انجام خدمت هستید تاریخ شروع آن را قید فرمایید :

مهر و امضاء مسئول نظام وظیفه

## اطلاعات محل سکونت دانشجو :

وضعیت : بومی  غیر بومی

ساکن خوابگاه دانشجویی : خودگردان  غیر خودگردان  ساکن غیر خوابگاه : استیجاری  سایر

آدرس محل سکونت :