به نام خدا

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

دانشکده پزشکی

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| دانشجویان گرامی لطفا جهت تشکیل پرونده دردفتر استعداد درخشان دانشکده پزشکی مشخصات خود رامرقوم فرمائید | | |
| محل الصاق عکس | بخش اول – مشخصات  نام و نام خانوادگی ........................  جنسیت: مذکر مونث  سال ورود به دانشگاه:  پست الکترونیکی:  شماره تماس: | |
| بخش دوم – مشخصات آموزشی  معیار عضویت :  رتبه زیر 500 کشوری 5/2 درصد برتر کشور درآزمون  1 درصد برتر ورودی 10 درصد برتر دانش آموختگی  سایر موارد ...........................  رتبه کنکور (بدون احتساب سهمیه) ........................  رتبه کنکور با احتساب سهمیه ........................  نوع سهمیه: منطقه 1 منطقه 2 منطقه 3 سایر  رتبه آزمون جامع: علوم پایه......................... پره انترنی............................  تعداد واحد گذرانده:........................... معدل ...............................  ثبت در سامانه سما: ثبت نام نموده ام هنوز اقدام نکرده ام سایر | |
| بخش سوم – معافیت ها  در کدامیک از زمینه های زیر تاکنون معافیت داشته اید؟ ( باارائه کپی مدرک)  کسب عنوان دانشجوی نمونه  عضو بنیاد ملی نخبگان  معافیت پژوهشی شامل شرکت در سیمنار، چاپ مقاله ، فعالیت در طرح های تحقیقاتی ، داشتن ابداع با شماره ثبت و کسب رتبه برتر به جشنواره های معتبر .......................  مدرک معتبر زبان خارجی..................  مدرک معتبر در زمینه های علوم رایانه...................  کسب رتبه در مسابقات فرهنگی، هنری،، ورزشی، احکام و معارف اسلامی و قرآنی....................  . | |

اینجانب.................صحت مطابقت فوق تأیید نموده و متعهد می شوم جهت تکمیل پرونده های خود در دفتر استعدادهای درخشان حداکثر تا 2ماه تاریخ تکمیل فرم مدارک مذکور را به دفتر استعداد درخشان معاونت آموزشی تقدیم نماییم

تاریخ و امضاء