

باسمه تعالی

فرم اطلاعات فردی ویژه دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه فرهنگیان واحد باهنر



شبانۀ □ روزانۀ □ جنسیت: مرد □ زن □ وضعیت تاهل: مجرد □ متاهل □ تعداد فرزندان:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه: تاریخ تولد:

محل صدور: کد ملی: شماره دانشجویی: دانشکده: رشته تحصیلی:

گرایش: مقطع تحصیلی: نوع تحصیلی: دانشگاه: در صورت مهمان بودن، نام دانشگاه
مبدأ:

نسبت با شهید

فرزند □ همسر □ خواهر □ برادر □ نام و نام خانوادگی شهید: شماره پرونده رایانه ای:

نسبت با جانباز

جانباز □ همسر □ فرزند □ نام و نام خانوادگی جانباز: شماره پرونده رایانه ای:

درصد جانبازی: به عدد: به حروف:

نسبت با آزاد

آزاد □ فرزند □ همسر □ نام و نام خانوادگی آزاد: شماره پرونده رایانه ای:

مدت اسارت: (به ماه نوشته شود) به عدد: به حروف:

خود رزمنده

شماره پرونده رزمنده:

تاریخ شروع	تاریخ پایان	مدت جبهه (روز - ماه)	نوع عضویت

تلفن تماس محل سکونت: کد شهرستان: شماره همراه:

خود دانشجو		۱
		۲

آدرس دقیق خوابگاه یا محل اقامت دانشجو یا شماره تلفن:

آدرس محل سکونت:

مذهب: شیعه ☐ سنی ☐ مسیحی ☐ کلیمی ☐ سایر:

تاریخ تکمیل فرم:

محل امضا: