



فرم شماره (۵)

شماره:

تاریخ:

پوست:

اعلام آمادگی اساتید راهنما و مشاور پایان نامه های کارشناسی ارشد

۱- اینجانب آمادگی خود را جهت همکاری به عنوان استاد راهنما در اجرا و نگارش پایان نامه کارشناسی ارشد آقای/خانم دانشجوی رشته گرایش تحصیلی به شماره دانشجویی با عنوان زیر اعلام می دارم. امضاء استاد راهنما		
عنوان پایان نامه		
نام و نام خانوادگی استاد راهنما	پست الکترونیک	تلفن همراه

۱- اینجانب آمادگی خود را جهت همکاری به عنوان استاد مشاور در اجرا و نگارش پایان نامه کارشناسی ارشد آقای/خانم دانشجوی رشته گرایش تحصیلی به شماره دانشجویی با عنوان زیر اعلام می دارم. امضاء استاد مشاور		
عنوان پایان نامه		
نام و نام خانوادگی استاد مشاور	پست الکترونیک	تلفن همراه

اساتید محترم و ارجمند با سلام . خواهشمند است جهت تسریع در امور مربوط به پرداخت حق الزحمه ها بر اساس بخشنامه شماره ۷۳/۲۸۹۹۶ مورخ ۹۳/۲/۱۵ مدارک ذیل را به دانشجو تحویل یا به آدرس Farzad@taftiau.ac.ir ارسال فرمایید. در صورتیکه قبلا مدارک فوق را به این دانشگاه ارسال نموده اید، تکرار این امر ضروری نیست.

۱- آخرین حکم هیات علمی

۲- آخرین مدرک تحصیلی شامل دانشنامه / گواهی موقت / گواهی درجه یک هنری / گواهی ارزشیابی مدرک دکترای تخصصی توسط وزارتین (برای آن دسته از استادانی که در خارج از کشور تحصیل نموده اند) / صورتجلسه دفاع از رساله دکترای تخصصی به صورت رسمی یا گواهی موفقیت در امتحان جامع.

۳- کپی شناسنامه و کارت ملی

۴- کپی صفحه اول دفترچه بیمه

۵- خلاصه سوابق علمی پژوهشی

۶- پرسشنامه اولیه نامنویسی (فرم مخصوص بیمه)



سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران

پرسشنامه شناسایی و نام نویسی متمرکز مخاطبان

لطفاً عکس را
فقط با چسب
بچسبانیدنوع مخاطب: ☐ بیمه شده اصلی ☐ بیمه شده تبعی ☐ کارفرمای حقیقی

اطلاعات هویتی

نام خانوادگی:										نام:									
ملیت: ☐ ایرانی ☐ غیرایرانی دین: ☐ مذهب:										نام پدر:									
جنسیت: ☐ مرد ☐ زن نسبت: ☐ وضعیت تأهل:																			
شماره شناسنامه / گذرنامه:										شماره ملی:									
سری و سریال شناسنامه: 										تاریخ تولد: روز: ماه: سال:									
وضعیت: ☐ انجام خدمت نظام: ☐ معاف وظیفه: ☐ عدم انجام خدمت																			
محل صدور:										کشور محل تولد:									
بخش صدور:										شهر محل تولد:									
گروه خونی:																			

نشانی محل سکونت مخاطب

کدپستی:										استان:									
										شهر:									
تاریخ شروع سکونت: / /										نشانی:									
نشانی الکترونیکی:										شماره تلفن همراه:									
										شماره تلفن ثابت:									
										کدشهر:									

اطلاعات تحصیلی

آخرین مقطع تحصیلی:										سال اخذ مدرک:									
رشته تحصیلی:																			

اطلاعات آشنایان مخاطب

آشنای اول										نام خانوادگی:									
نام:										شماره ملی:									
تلفن همراه:										شماره بیمه:									
نشانی:										تلفن ثابت:									
آشنای دوم										نام خانوادگی:									
نام:										شماره ملی:									
تلفن همراه:										شماره بیمه:									
نشانی:										تلفن ثابت:									

اطلاعات بانکی مخاطب

تاریخ افتتاح حساب: / /										شماره حساب:									
نام بانک:										نوع حساب:									
نام شعبه:										کد شعبه:									

تاریخ استخدام بیمه شده: / /	شغل:	معاینات قبل از استخدام: ☐ دارد ☐ ندارد
نام کارفرما:	شماره ملی کارفرما:	شناسه حقوقی کارگاه:
نام کارگاه:	شماره کارگاه:	تلفن کارگاه:
نشانی کارگاه:		
محل امضاء کارفرما		محل درج مهر کارگاه

اطلاعات پروانه اشتغال مخاطب اصلی خارجی

شماره مجوز:	تاریخ مجوز:	شروع دوره:	خاتمه دوره:
-------------	-------------	------------	-------------

اطلاعات بیماری خاص

نوع بیماری خاص: ☐ تالاسمی ☐ هموفیلی ☐ کلیوی	تاریخ شروع بیماری خاص: / /
--	----------------------------

اظهارات مخاطب در خصوص اطلاعات بیمه ای گذشته خود

ردیف	نوع مخاطب (اصلی/تبعی)	شماره بیمه مخاطب اصلی	نام کارگاه	کد کارگاه	دوره ارتباط		شغل	شعبه	استان
					از تاریخ	لغایت تاریخ			
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
...									

تأییدیه مخاطب

اینجانب در تاریخ / / به شعبه مراجعه نموده و ضمن درخواست نامنویسی و دریافت شماره تأمین اجتماعی، صحت اطلاعات فوق را تأیید می نمایم.	محل امضاء	محل درج اثر انگشت
---	-----------	-------------------

اطلاعات بیمه ای مخاطب و تأییدیه مسئول نامنویسی و حساب های انفرادی

نحوه شناسایی: ☐ کارفرما ☐ بازرسی ☐ عقد قرارداد	نوع ارتباط: ☐ بیمه پرداز ☐ دریافت کننده خدمت ☐ تحت پوشش بیمه شده اصلی ☐ بازمانده	نوع بیمه: ☐ نوع خدمت: ☐ گرایش بیمه / خدمت: ☐
درخواست نام نویسی آقای / خانم با توجه به اطلاعات مندرج در این پرسشنامه بررسی و در تاریخ / / شماره تأمین اجتماعی زیر به نامبرده تخصیص داده شد.		
مهر و امضاء مسئول نامنویسی و حساب های انفرادی		