



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)

با سپاس - معاون پژوهش و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد تفت



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:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
مذهب:	دین:	میلیت: <input type="checkbox"/> ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی	نام پدر:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
وضعیت تأهل:	نسبت:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
شماره شناسنامه / گذرنامه:		شماره ملی:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
سری و سریال شناسنامه:		تاریخ تولد:	
<input type="text"/>		روز: <input type="text"/> ماه: <input type="text"/> سال: <input type="text"/>	
وضعیت: <input type="checkbox"/> انجام خدمت	وظیفه: <input type="text"/>	شهر محل تولد:	
معاف <input type="checkbox"/>		کشور محل تولد:	
عدم انجام خدمت <input type="checkbox"/>		محل صدور:	
گروه خونی:	بخش صدور:	محل صدور:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

نشانی محل سکونت مخاطب

استان:	شهر:	کدپستی:	تاریخ شروع سکونت: / /
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
نشانی:			
کدشهر:	شماره تلفن ثابت:	شماره تلفن همراه:	نشانی الکترونیکی:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

اطلاعات تحصیلی

آخرین مقطع تحصیلی:	سال اخذ مدرک:	رشته تحصیلی:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

اطلاعات آشنایان مخاطب

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

اطلاعات بانکی مخاطب

تاریخ افتتاح حساب: / /	شماره حساب:	نوع حساب:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
نام بانک:	نام شعبه:	کد شعبه:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

تاریخ استخدام بیمه شده: / /	شغل:	معاینات قبل از استخدام: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> تالاسمی <input type="checkbox"/> هموفیلی <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> کارفرما <input type="checkbox"/> بازرسی <input type="checkbox"/> عقد قرارداد	نوع ارتباط: <input type="checkbox"/> بیمه پرداز <input type="checkbox"/> دریافت کننده خدمت <input type="checkbox"/> تحت پوشش بیمه شده اصلی <input type="checkbox"/> بازمانده	نوع بیمه: <input type="checkbox"/> نوع خدمت: <input type="checkbox"/> 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		