



**دانشکده فنی و حرفه ای شهید رجایی قوچان**

**(فرم دانشجویان جدید الورود واحد دانشجویی)**

**نام و نام خانوادگی : شماره دانشجویی : فرزند : شماره ملی :**

 **محل صدور : متولد : / / 13**

**رشته : مقطع تحصیلی : روزانه 🞎 شبانه 🞎**

**سوابق : آیا در مدرسه یا محله در انجمنهای صنفی فعالیت داشته اید : بلی 🞎 خیر 🞎**

**سوابق : آیا سابقه حضور در گروههای مشاوره (همیاران سلامت )بوده اید : بلی 🞎 خیر 🞎**

**\*\*- تحت پوشش چه سازمان حمایتی می باشید: 1 - کمیته امداد 🞎 2 – بهزیستی 🞎 3- سایر سازمانهای حمایتی 🞎**

**\*\*-عضو خانواده ایثارگران هستید یا خیر،در صورت تایید جزء کدام گروه هستید. 1- جانباز 🞎 چند درصد ........ 2- شاهد 🞎**

**\*\*- آیا متقاضی کار دانشجویی هستید : بلی 🞎 خیر 🞎**

**\*\* - آیا تمایل به همکاری و مشارکت در انجمنهای ( شورای) صنفی را دارید ؟ بلی 🞎 خیر 🞎**

**\*\* - آیا تمایل به همکاری ومشارکت جهت عضویت در همیاران سلامت را دارید ؟ بلی 🞎 خیر 🞎**

 **آدرس محل سکونت :**

**شماره تلفن محل سکونت دائم :**

**شماره تلفن همراه :**

**ضمنا دانشجویانیکه تحت پوشش نهادهای حمایتی و یا ایثارگر می باشند باید از ارگان مربوطه به واحد دانشجویی نامه ارائه دهند.**