**** **بسمه تعالي**

 **\*فرم یک اطلاعات فردی دانشجویان شاهد و ایثارگر**

**نام : نام خانوادگی : کد ملی : نام پدر : تاریخ تولد : شماره دانشجویی : مقطع : رشته تحصیلی : تلفن ثابت : تلفن همراه : آدرس محل سکونت:**

**سال ورود به دانشگاه: نيم سال اول 🗆 نيم سال دوم 🗆 سال تحصيلي :**

**گروه آموزشي:1-فني ومهندسي 🗆 2-علوم پايه 🗆 3-علوم انساني 🗆 4-منابع طبیعی 🗆 5- زبانهاي خارجي 🗆**

 **دوره : روزانه 🗆 شبانه 🗆 استان محل تحصيل : دانشگاه محل تحصيل:**

**\*نوع ایثارگری یا نسبت با ایثارگر**

**1-نام ونام خانوادگي ايثارگر: كد پرونده ايثارگري :**

**مدت حضور در جبهه ماه نوع عضویت : بسیجی 🗆 سرباز 🗆 نظامی 🗆 جهادی 🗆**

**جانباز 🗆 فرزند جانباز 🗆 همسر جانباز 🗆 درصد جانبازی**

**آزاده 🗆 فرزند آزاده 🗆 همسر آزاده 🗆 مدت اسارت ماه**

**خانواده شهید 🗆 فرزند شهید🗆 همسر شهید🗆 برادر شهید🗆 خواهر شهید🗆**

**\*زمینه های فعالیت فرهنگی و هنری**

**مداحی 🗆 مجری گری🗆 فیلم برداری 🗆 عکاسی 🗆 مستند سازی🗆 موسیقی 🗆 فعالیت علمی و پژوهشی 🗆**

**\*زمینه های فعالیت ورزشی**

**فوتبال🗆 والیبال🗆 تنیس روی میز🗆 بدمینتون 🗆 شنا 🗆 بستکبال 🗆 وزنه برداری 🗆 سایر:**

**با آرزوی توفیق وسلامتی**

****

**بسمه تعالي**

**فرم شماره 2 ويژه دانشجويان شاهد و ایثارگر**

شماره دانشجويي :

مقطع تحصيلي :

رشته تحصيلي :

تاريخ شروع به تحصيل نيمسال :

دانشگاه:

دانشكده:

**روزانه 🗆 شبانه 🗆 پرديس 🗆**

نام : نام خانوادگي : نام پدر : زن 🗆 مرد 🗆

شماره شناسنامه : محل صدور : تاريخ تولد : مجرد🗆 متاهل 🗆

نوع ايثارگري: شهيد 🗆 مفقود 🗆 آزاده 🗆 جانباز 🗆 درصد جانبازي

نسبت دانشجو با ايثارگر: فرزند 🗆 همسر 🗆 خود ايثارگر 🗆 نام ايثارگر:

كد پرونده ايثارگري: استان محل پرونده ايثارگري:

اينجانب تعهد مي نمايم با توجه به پرداخت كمك هزينه روزانه و پرداخت شهریه شبانه تحصيلي ويژه دانشجويان شاهد كليه اطلاعات مندرج دراين پرسشنامه را صادقانه و با صحت كامل تكميل نموده و در صورتي كه مطلبي خلاف واقع در اين اطلاعات مشاهده و اثبات گردد كليه وجوه دريافتي را با احتساب هزينه هاي مربوط يكجا پرداخت نمايم وپس از آن نيز حق استفاده از كمك هزينه وکمک شهریه تحصيلي ويژه دانشجويان شاهد را نخواهم داشت.

تاريخ : امضاء دانشجو:

شماره حساب بانکی دانشجو :