



فرم اطلاعات فردی ویژه دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه فرهنگیان پردیس شهید مفتاح

نام و نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه: تاریخ تولد:
 محل صدور: کد ملی: شماره دانشجویی: دانشگاه:
 رشته تحصیلی: گرایش: مقطع تحصیلی: شبانه ☐ روزانه ☐ جنسیت: مرد ☐ زن ☐
 وضعیت تاهل: مجرد ☐ متاهل ☐ تعداد فرزندان: مذهب: شیعه ☐ سنی ☐ مسیحی ☐ کلیمی ☐ سایر:
 در صورت مهمان بودن، نام دانشگاه مبدا:

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:

در صد جانبازی: به عدد به حروف:

نسبت با آزاده: آزاده ☐ فرزند ☐ همسر ☐ نام و نام خانوادگی آزاده: 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 دانشجو: کد شهرستان: شماره همراه دانشجو:
 شماره همراه پدر یا مادر:

آدرس دقیق خوابگاه یا محل اقامت دانشجو با شماره تلفن:

آدرس محل سکونت:

تاریخ تکمیل فرم:

محل امضاء: