

فرم شماره ۳

فرم استشهاد محلی - متقاضی سهمیه بومی مناطق محروم موضوع قانون برقراری عدالت آموزشی

آزمون کارشناسی به پزشکی ۱۴۰۵

مشخصات داوطلب:

نام و نام خانوادگی:

شماره ملی:

تاریخ تولد: محل تولد:

آدرس: استان: شهر: خیابان: کوچه: پلاک:

زمان سکونت: از تاریخ لغایت

محل امضا و مشخصات اهالی تایید کننده سکونت داوطلب بر اساس مراتب فوق:

مهر و امضای کلانتری یا شورای شهر / روستا