

❖ جنسیت: زن مرد

❖ وضعیت نظام وظیفه:

کارت پایان خدمت تاریخ اتمام خدمت: (/)

کارت معافیت دائم از خدمت نوع معافیت: پزشکی کفالت موارد خاص تاریخ صدور کارت معافیت:

کارت بازنشستگی از نیروهای مسلح

❖ وضعیت تأهل: مجرد متأهل در صورت تأهل مشخصات همسر ذکر شود:

نام نام خانوادگی نام پدر شماره شناسنامه

محل صدور تاریخ تولد شغل شماره تماس

❖ معلولیت جسمی: دارد ندارد در صورت وجود ذکر شود:

❖ دین: مسلمان مذهب: شیعه تن زرتشتی کلیمی مسیحی

❖ غیر از تابعیت ایرانی تابعیت دیگری دارد ندارد در صورت وجود ذکر شود:

❖ سوابق تحصیلی (کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکتری یا معادل آنها):

کارشناسی رشته تحصیلی: حقوق قضایی الهیات (گرایش فقه و مبانی حقوق)

معادل ذکر شود: سایر رشته ها ذکر شود:

نام دانشگاه یا حوزه: محل تحصیل: تاریخ فارغ التحصیلی:

نوع مدرک تحصیلی ارائه شده: گواهی فارغ التحصیلی گواهینامه موقت دانشنامه

کارشناسی ارشد: **گرایش ها:** حقوق خصوصی حقوق جزا و جرم شناسی حقوق بین الملل حقوق عمومی حقوق بشر حقوق مالکیت فکری

حقوق خانواده (معارف اسلامی و حقوق) حقوق محیط زیست حقوق تجارت بین الملل حقوق تجارت اقتصادی بین الملل حقوق اقتصادی حقوق

کیفری اطفال و نوجوانان حقوق تجارت الکترونیک حقوق فناوریهای زیستی حقوق ثبت اسناد و املاک گاداستر در نظام اطلاعاتی ثبت املاک

سردفتری اسناد رسمی الهیات (گرایش فقه و مبانی حقوق)

معادل ذکر شود: سایر رشته ها ذکر شود:

نام دانشگاه یا حوزه: محل تحصیل: تاریخ فارغ التحصیلی:

نوع مدرک تحصیلی ارائه شده: گواهی فارغ التحصیلی گواهینامه موقت دانشنامه

دکتری **گرایش ها:** حقوق خصوصی حقوق جزا و جرم شناسی حقوق بین الملل حقوق عمومی حقوق بشر حقوق مالکیت فکری حقوق خانواده

(معارف اسلامی و حقوق) حقوق محیط زیست حقوق تجارت بین الملل حقوق تجارت اقتصادی بین الملل حقوق اقتصادی حقوق نفت و گاز

الهیات (گرایش فقه و مبانی حقوق)

معادل ذکر شود: سایر رشته ها ذکر شود:

نام دانشگاه یا حوزه: محل تحصیل: تاریخ فارغ التحصیلی:

نوع مدرک تحصیلی ارائه شده: گواهی فارغ التحصیلی گواهینامه موقت دانشنامه

امضاء

تاریخ

صحت اطلاعات فوق را تایید و زیر آن را امضا می نمایم.

نوع سهمیه: آزاد □ ایثارگری □

آزمون سال: رتبه: جزء ظرفیت: اصلی □ ذخیره □

❖ سابقه قبولی در آزمون: دارد □ ندارد □ در صورت وجود موارد مذکور در خط ذیل تکمیل گردد.

آزمون سال: رتبه: جزء ظرفیت: اصلی □ ذخیره □ متمم □ نام کانون: شماره پروانه:

❖ در صورت قبولی با سهمیه ایثارگری نوع سهمیه در ذیل درج گردد:

۱- حداقل شش ماه حضور در جبهه □ مدت حضور: سال ماه روز-مرجع صدور گواهی:

۲- آزاده با حداقل شش ماه سابقه اسارت □ مدت حضور: سال ماه روز-مرجع صدور گواهی:

۳- جانباز ۲۵٪ و بالاتر □ میزان درصد: -مرجع صدور گواهی:

۴- بستگان درجه اول شهید □ مفقودالتر □ اسیر (غیر آزاده) □ نسبت ایثارگر با شما: پدر □ مادر □ فرزند □ همسر □

مرجع صدور گواهی:

❖ تصریح به موارد مصرح قانونی به شرح زیر:

۱- تصریح به اینکه **((اعتقاد و التزام عملی به احکام و سانی دین مقدس اسلام دارم))**

عین عبارت مندرج در پراکنش را در کادر زیر به صورت دست نوشت، مرقوم و امضاء نمایید:

امضاء

۲- تصریح به اینکه **((اعتقاد و تعهد به نظام جمهوری اسلامی ایران، ولایت فقیه و قانون اساسی دارم))**

عین عبارت مندرج در پراکنش را در کادر زیر به صورت دست نوشت، مرقوم و امضاء نمایید:

امضاء

۳- تصریح به اینکه **((محکومیت کیفری ندارم و از سوی مراجع انتظامی یا قضایی- عمومی و انقلاب- تحت تعقیب قرار نگرفته ام))**

عین عبارت مندرج در پراکنش را در کادر زیر به صورت دست نوشت، مرقوم و امضاء نمایید:

امضاء

در صورت محکومیت کیفری و یا تعقیب از سوی مراجع انتظامی یا قضایی- عمومی و انقلاب- موارد ذیل تصریح گردد:

تصریح به اینکه **((محکومیت کیفری/ انتظامی با عنوان در دارم و به مجازات محکوم شده ام و تاریخ خاتمه مجازات می باشد))**

عین عبارت مندرج در پراکنش را در کادر زیر به صورت دست نوشت، مرقوم و امضاء نمایید:

امضاء

۴- تصریح به اینکه **((اعتقاد به انبیین و سایر مواد مخدر ندارم))**

عین عبارت مندرج در پراکنش را در کادر زیر به صورت دست نوشت، مرقوم و امضاء نمایید:

امضاء

امضاء

تاریخ:

صحت اطلاعات فوق را تایید و زیر آن را امضاء می نماید.

مشاغل قبلی و فعلی: ندارد ندارد در صورت وجود ذکر شود.

تاریخ		آخرین سمت	نام و نشانی سازمان/ادستگاه/ دانشگاه	عنوان مشاغل	
تا	از				
				<input type="checkbox"/> دولتی	
				<input type="checkbox"/> غیردولتی	
				<input type="checkbox"/> سوابق قضایی قبلی	
				<input type="checkbox"/> هیات علمی	
				<input type="checkbox"/> شورای حل اختلاف	
				<input type="checkbox"/> دفترخانه	<input type="checkbox"/> کارشناس رسمی
				<input type="checkbox"/> ازدواج و طلاق	
				کانون کارشناسان رسمی دادگستری <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مرکز مشاوران قوه قضائیه <input type="checkbox"/>
				مرکز مشاوران قوه قضائیه <input type="checkbox"/>	
				وکلاء و مشاوران حقوقی قوه قضائیه <input type="checkbox"/>	

❖ مشخصات پدر، مادر، برادران، خواهران و فرزندان را در جدول زیر بنویسید:

نام و نام خانوادگی	نام پدر	نسبت	سال تولد	شغل	نشانی	شماره تماس
		پدر				
		مادر				

❖ مشخصات دو نفر از آشنایان را در جدول زیر بنویسید:

نام و نام خانوادگی	نسبت	شغل و سمت	مدت آشنایی	نشانی	شماره تماس

صحت اطلاعات فوق را تایید و زیر آن را امضا می نمایم. تاریخ: امضاء:

- حضور در جبهه مدت حضور: سال، ماه روز: مرجع صدور گواهی:
- آزاده مدت اسارت: سال، ماه روز: مرجع صدور گواهی:
- جنابز میزان درصد مرجع صدور گواهی:
- بستگان شهید مفقودالانتر
- نسبت اینترگر با شما پدر مادر همسر فرزند سایر ذکر شود: مرجع صدور گواهی:
- بستگان آزاده مدت اسارت اینترگر: سال، ماه روز: مرجع صدور گواهی:
- نسبت اینترگر با شما پدر مادر همسر فرزند سایر ذکر شود: مرجع صدور گواهی:
- بستگان اسیر مدت اسارت اینترگر تاکنون: سال، ماه روز: مرجع صدور گواهی:
- نسبت اینترگر با شما پدر مادر همسر فرزند سایر ذکر شود: مرجع صدور گواهی:
- بستگان جنابز میزان درصد جنابزی اینترگر: مرجع صدور گواهی:
- نسبت اینترگر با شما پدر مادر همسر فرزند سایر ذکر شود: مرجع صدور گواهی:

پزشک <input type="checkbox"/> رشته:	استاد <input type="checkbox"/> رشته:	عناوین اجتماعی و تخصصی <input type="checkbox"/>	عناوین اجتماعی، تخصصی و سوابق حرفه ای
مهندس <input type="checkbox"/> رشته:	دانشیار <input type="checkbox"/> رشته:		
نخبه علمی <input type="checkbox"/> ذکر شود:	استادیار <input type="checkbox"/> رشته:		
روحانی <input type="checkbox"/>	مربی <input type="checkbox"/> رشته:		
	سایر <input type="checkbox"/> ذکر شود:	سوابق حرفه ای <input type="checkbox"/>	
زبان خارجه <input type="checkbox"/> نوع: انگلیسی <input type="checkbox"/> فرانسه <input type="checkbox"/> عربی <input type="checkbox"/> سایر زبان ها <input type="checkbox"/> ذکر شود:			
سوابق فنی <input type="checkbox"/> رشته:			
سوابق هنری <input type="checkbox"/> ذکر شود:			
سوابق ورزشی <input type="checkbox"/> ذکر شود:			
سایر <input type="checkbox"/> ذکر شود:			

❖ خلاصه ای از زندگی خود را بنویسید:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

امضاء

تاریخ:

صحت اطلاعات فوق را تایید و زیر آن را امضا می نمایم.

اقامتگاه خود را بطوری که کانون یا پست بتواند اوراق را در محل اعلامی ابلاغ کند، در زیر بنویسید:

<input type="text"/>	شهر	<input type="text"/>	شهرستان	<input type="text"/>	استان
<input type="text"/>	کوچه اصلی	<input type="text"/>	خیابان فرعی	<input type="text"/>	خیابان اصلی
<input type="text"/>	طبقه	<input type="text"/>	پلاک شهرداری	<input type="text"/>	کوچه فرعی
<input type="text"/>	صندوق پستی	<input type="text"/>	کد پستی	<input type="text"/>	واحد
<input type="text"/>	تلفن همراه	<input type="text"/>	نمبر	<input type="text"/>	تلفن ثابت
				<input type="text"/>	رایانه

❖ متقاضی مکلف است تغییر اقامتگاه و تلفن خود را ظرف مدت ده روز کتباً به کانون وکلای دادگستری همدان اعلام نماید. در غیر اینصورت مکاتبه با نشانی قبلی ابلاغ شده تلقی خواهد شد.

❖ توجه: این قسمت تکمیل و صرفاً امضای آن به هنگام ثبت نام و یا حضور مسئولین ثبت نام صورت می گیرد.

اینجانب اطلاعات مندرج در این فرم را تأیید و زیر تمام صفحات را امضاء می نمایم. بدیهی است چنانچه در هر مورد کانون وکلای دادگستری همدان خلاف مطالب اعلام شده در فرم حاضر را احراز کند مجاز خواهد بود از صدور پروانه خودداری و یا پس از صدور، نسبت به ابطال پروانه اقدام نماید. ضمناً تعهد می کنم هرگونه تغییر در مشخصات و موارد اعلام شده را ظرف مدت ده روز به کانون وکلای دادگستری همدان اعلام نمایم. نام و نام خانوادگی: _____ تاریخ: / / ۱۴۰۰ امضاء _____

❖ لطفاً در قسمت زیر چیزی ننویسید.

متن فوق نزد اینجانب با احراز هویت متقاضی امضاء گردیده است؛ واحد صدور پروانه - تاریخ: / / ۱۴۰۰ امضاء _____

لطفاً در گادر زیر چیزی ننویسید.

❖ تصمیم هیأت مدیره:

تقاضای شماره _____ مورخ _____ در جلسه مورخ _____ هیأت مدیره کانون وکلای دادگستری همدان مطرح با صدور پروانه کارآموزی برای اشتغال به وکالت در شهرستان _____ موافقت شد.

کانون وکلای دادگستری