



\*جنسیت: زن  مرد \*

\*وضعیت نظام و تالیفه: 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 معلولیت نوع ذکر شود:

\*دین: مسلمان  (مذهب: شیعه  سنی  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 المللی  حقوق اقتصادی  حقوق کیفری اطفال و نوجوانان  حقوق تجارت الکترونیکی  حقوق فناوریهای زیستی  حقوق ثبت اسناد و املاک  کاداستر 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 المللی  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

صحت اطلاعات فوقی را تایید و زیر آن را امضاء می نمائیم. تاریخ: / / امضاء

\*مجوز قانونی تقاضا : قبولی در آزمون

نوع سهمیه : عادی  ایثارگری

آزمون سال : رتبه : جزء ظرفیت : اصلی  ذخیره

سابقه قبولی در آزمون : دارد  ندارد  در صورت وجود موارد مذکور در خط زیر 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 درجه  مدت حضور : سال ماه روز مرجع صدور گواهی :

۲- آزاده یا حداقل شش ماه سابقه اسارت  مدت اسارت : سال ماه روز مرجع صدور گواهی :

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

۴- بستگان درجه اول شهید  مفقود الاثر  اسیر (غیر از 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 میانی دین مقدس اسلام دارم ))

\*عین عبارت مندرج در پرانتز را در کادر زیر بصورت 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 پرانتز را در کادر زیر بصورت 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 قرارنگرفته ام ))

\*عین عبارت مندرج در پرانتز را در کادر زیر بصورت 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 پرانتز را در کادر زیر بصورت دست نوشت مرقوم و امضاء نمایید:

امضاء

۴- تصریح به اینکه (( اعتیاد به افیون و سایر موارد مخدر ندارم ))

\*عین عبارت مندرج در پرانتز را در کادر زیر بصورت دست نوشت مرقوم و امضاء نمایید:

امضاء

مشاغل قبلی دارد □ ندارد □ مشاغل فعلی دارد □ ندارد □ در صورت وجود کادر زیر تکمیل گردد:

تاریخ		آخرین سمت	نام و نشانی سازمان/دستگاه/دانشگاه	دولتی □	
تا	از				
				غیر دولتی □	
				سوابق قضایی قبلی □	
				هیأت علمی □	
				شورای حل اختلاف □	
				دفترخانه □	اسناد رسمی □
				ازدواج و طلاق □	
				کارشناس	کارشناس
				رسمی □	رسمی □
				وکلای مشاوران	
				حقوقی قوه قضاییه □	

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

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

\*اسامی دوفرمعرف قید گردد:

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

امضاء



\*سوابق ایثارگری

\*حضور درجبهه □ مدت حضور : سال: ماه: روز: مرجع صدور گواهی:

\*آزاده □ مدت اسارت : سال: ماه: روز: مرجع صدور گواهی:

\*جانپاز: □ میزان درصد: مرجع صدور گواهی:

\*بستگان شهید □ مفقودالامر □

نسبت ایثارگر با شما : پدر □ مادر □ همسر □ فرزند □ سایر □ ذکر شود: مرجع صدور گواهی:

\*بستگان آزاده □ مدت اسارت ایثارگر : سال: ماه: روز :

نسبت ایثارگر با شما : پدر □ مادر □ همسر □ فرزند □ سایر □ ذکر شود: مرجع صدور گواهی:

\*بستگان اسیر (غیر آزاده) □ مدت اسارت ایثارگر تاکنون : سال: ماه: روز:

نسبت ایثارگر با شما : پدر □ مادر □ همسر □ فرزند □ سایر □ ذکر شود: مرجع صدور گواهی:

\*بستگان جانپاز □ میزان درصد جانپازی ایثارگر :

نسبت ایثارگر با شما : پدر □ مادر □ همسر □ فرزند □ سایر □ ذکر شود: مرجع صدور گواهی:

عنوانین اجتماعی و تخصصی □ سوابق حرفه ای	عنوانین اجتماعی و تخصصی	استاد □ رشته:	پزشک □ تخصص:
	عنوانین اجتماعی و تخصصی	دانشیار □ رشته:	مهندس □ رشته:
	عنوانین اجتماعی و تخصصی	استادیار □ رشته:	نخبه علمی □ ذکر شود:
	عنوانین اجتماعی و تخصصی	مربی □ رشته:	روحانی □
	عنوانین اجتماعی و تخصصی	سایر □ رشته:	
سوابق حرفه ای □	سوابق حرفه ای	زبان خارجه □ نوع: انگلیسی □ فرانسه □ عربی □ سایر زبان ها □ ذکر شود:	
	سوابق حرفه ای	سوابق فنی □ رشته:	
	سوابق حرفه ای	سوابق هنری □ رشته:	
	سوابق حرفه ای	سوابق ورزشی □ رشته:	
	سوابق حرفه ای	سایر □ ذکر شود:	

\*خلاصه ای از زندگی خود را بنویسید و امضاء نمایید.

امضاء

❖ اقامتگاه:

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

	شهر		شهرستان		استان
	کوچه اصلی		خیابان فرعی		خیابان اصلی
	طبقه		پلاک شهرداری		کوچه فرعی
	صندوق پستی		کد پستی		واحد
	تلفن همراه		نمبر		شماره ثابت

رایانامه:

❖ متقاضی مکلف است تغییر اقامتگاه و تلفن خود را ظرف مدت ده روز کتباً به کانون وکلای دادگستری استان 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 با حضور مسئول 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 استان 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 استان اعلام نماید.

نام و نام خانوادگی: / / تاریخ: / / امضاء

❖ لطفاً در قسمت زیر چیزی ننویسید.

متن فوق نزد اینجانب یا احراز هویت متقاضی امضاء گردیده است.

مسئول ثبت نام: / / تاریخ: / / امضاء

❖ لطفاً در کادر زیر چیزی ننویسید.

❖ تصمیم هیأت مدیره:

تقاضای شماره	مورخ	در جلسه مورخ	هیأت مدیره کانون وکلای
دادگستری استان مطرح با صدور پروانه کارآموزی برای اشتغال به وکالت در استان			
شهرستان	شهر	واشغال به کارآموزی در استان	
شهرستان	شهر	مؤالفت شد.	

کانون وکلای دادگستری چهارمحال و بختیاری