

نام خدا

فرم شماره ۱

نمونه فرم اخذ تعهد از پذیرفته شدگان مبنی بر داشتن تمامی شرایط و ضوابط عمومی و اختصاصی دفترچه راهنمای آزمون

اینجانب : فرزند متولد سال دارای شناسنامه شماره صادره از ساکن که در در دوره روزانه / نوبت دوم (شبانه) رشته های تحصیلی گروه های آموزشی مختلف از دوره کاردانی (فوق دیپلم) به دوره کارشناسی ناپیوسته سال ۱۴۰۴ در گروه آموزشی در رشته تحصیلی (کد رشته محل دانشگاه / مؤسسه آموزشی پذیرفته شده ام، گواهی می نمایم:

دارای همه شرایط و ضوابط عمومی و اختصاصی مندرج در دفترچه راهنمای آزمون فوق هستم.

لذا متعهد می شوم که در صورت عدم صحت مطالب فوق این مؤسسه آموزشی / دانشگاه می تواند از تحصیل اینجانب در هر مقطعی از تحصیل ممانعت به عمل آورده و مطابق مقررات مربوط اقدام نماید.

نام و نام خانوادگی :

تاریخ:

امضا :

نام خدا

فرم شماره ۲

فرم تعهد مبنی بر تسویه با صندوق رفاه دانشجویان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اینجانب : فرزند متولد سال دارای شناسنامه شماره صادره از ساکن که در امتحان پذیرش دانشجو در دوره روزانه / نوبت دوم (شبانه) رشته های تحصیلی گروه های آموزشی مختلف از دوره کاردانی (فوق دیپلم) به دوره کارشناسی ناپیوسته سال ۱۴۰۴ در گروه آموزشی در رشته تحصیلی (کد رشته محل) مقطع کارشناسی ناپیوسته دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی پذیرفته شده ام، باتوجه به ضیق وقت بدین وسیله متعهد می شوم که هنگام ثبت نام در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۵-۱۴۰۴ گواهی دال بر تسویه حساب یا موافقت صندوق های رفاه دانشجویان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را براساس دستورالعمل بازپرداخت وام های رفاه دانشجویان مصوبه جلسه هیأت وزیران تاریخ ۱۳۸۲/۵/۲۳ به آموزش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تحویل دهم و در صورت عدم تحویل گواهی فوق، آن آموزش اجازه دارد که از ثبت نام اینجانب در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۵-۱۴۰۴ جلوگیری به عمل آورده و در این صورت اینجانب حق هیچگونه اعتراضی را نخواهم داشت.

نام ، نام خانوادگی و امضا :

تاریخ :

فرم تعهد مبنی بر تسویه با صندوق رفاه دانشجویان سازمان امور دانشجویان وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

اینجانب : فرزند متولد سال دارای شناسنامه شماره
 صادره از ساکن که در آزمون پذیرش دانشجو از دوره کاردانی به دوره کارشناسی ناپیوسته
 سال ۱۴۰۴ در گروه آموزشی در رشته تحصیلی (کد رشته محل) مقطع
 کارشناسی ناپیوسته مؤسسه / دانشگاه پذیرفته شده‌ام، باتوجه به ضیق وقت بدین‌وسیله متعهد می‌شوم
 که هنگام ثبت‌نام در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۵-۱۴۰۴ گواهی دال بر تسویه حساب یا موافقت صندوق‌های رفاه دانشجویان
 وزارت علوم، تحقیقات و فناوری را براساس دستورالعمل بازپرداخت وام‌های رفاه دانشجویان مصوبه جلسه هیأت وزیران تاریخ
 ۱۳۶۴/۰۵/۲۳ به آموزش دانشگاه تحویل دهم و در صورت عدم تحویل گواهی فوق، آن آموزش اجازه دارد که از ثبت‌نام اینجانب در
 نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۵-۱۴۰۴ جلوگیری به عمل آورده و اینجانب حق هیچ‌گونه اعتراضی را نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ:

امضا:

فرم مخصوص اخذ تعهد از پذیرفته شدگان رشته های تحصیلی گروه های آموزشی مختلف در آزمون دوره های کاردانی (فوق دیپلم) به دوره های کارشناسی ناپیوسته سال ۱۴۰۴ (مختص دوره های روزانه)

اینجانب: فرزند متولد سال دارای شناسنامه شماره
 صادره از محل تولد ساکن که در آزمون کاردانی به کارشناسی ناپیوسته نیمسال
 اول / دوم سال تحصیلی ۱۴۰۵-۱۴۰۴ در رشته تحصیلی (کد رشته محل)
 در مقطع کارشناسی ناپیوسته دانشگاه / دانشکده / آموزشکده / مؤسسه آموزش عالی
 پذیرفته شده ام، در کمال میل و اختیار ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملتزم می شوم که پس از گذراندن دوره تحصیلی در
 مقطع فوق پس از تعیین تکلیف خدمت وظیفه عمومی (برای برادران) به مدت یک برابر زمان تحصیل خود در صورت نیاز و
 به تشخیص و معرفی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری / وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خدمت نمایم. چنانچه ظرف
 یکسال پس از پایان تحصیل (بدون احتساب خدمت وظیفه عمومی برای برادران) از انجام خدمت مذکور به نحو فوق استنکاف
 نمایم، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری / وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجاز و مختار است برابر هزینه های سرانه
 دانشجو در طول مدت تحصیل از تحویل مدارک تحصیلی تا انجام خدمت مذکور خودداری نماید. مفاد این تعهد به معنی
 اجرای تعهد آموزش رایگان است و به موجب این تعهد ضمن عقد خارج لازم به وزارت علوم، تحقیقات و فناوری / وزارت
 بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وکالت می دهم در صورت تخلف از مفاد این تعهد و استنکاف از آن که خارج از حیطه اقتدار
 اینجانب نباشد، برابر هزینه های مصروفه سرانه دانشجو را در مدت تحصیل از اموال اینجانب برداشت نماید. تشخیص وزارت
 علوم، تحقیقات و فناوری / وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مورد کیفیت تخلف و میزان هزینه های مصروفه غیر
 قابل اعتراض بوده و صرف اعلام وزارتخانه های مذکور برای اینجانب قطعی و لازم الاجراست.
 توضیح: خدمات مزبور (تعهد) جزو خدمات قانونی گروه آموزشی پزشکی محسوب می شود.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ:

امضا:

**نمونه فرم اخذ تعهد از پذیرفته شدگان مبنی بر گذراندن دروس پیش نیاز رشته قبولی کارشناسی ناپیوسته
نامتناسب با رشته فارغ التحصیلی کاردانی آنها**

اینجانب فرزند متولد سال دارای شناسنامه شماره

صادره از ساکن که بدون توجه به رشته تحصیلی یا نوع مدرک کاردانی (فوق دیپلم)

خود در آزمون کاردانی به کارشناسی ناپیوسته سال ۱۴۰۴ در رشته تحصیلی

(کد رشته محل) دانشگاه / دانشکده / آموزشکده / مؤسسه آموزش عالی

پذیرفته شده‌ام، از آنجائیکه بدون توجه به رشته تحصیلی و یا نوع مدرک کاردانی (فوق دیپلم) خود، در آزمون فوق شرکت

نموده و پذیرفته شده‌ام، بدین وسیله متعهد می‌شوم: مطابق ضوابط مربوط، همه دروس پیش نیاز و یا جبرانی رشته قبولی اعلام

شده را که با نظر گروه آموزشی مؤسسه تعیین و اعلام می‌شود، با پرداخت شهریه بگذرانم. بدیهی است در صورت عدم رعایت

ضوابط مربوط، این مؤسسه آموزشی می‌تواند از ادامه تحصیل اینجانب در هر مقطعی ممانعت به عمل آورد.

نام و نام خانوادگی :

تاریخ:

امضا :

نمونه فرم جایگزین گواهی فراغت از تحصیل پذیرفته شدگانی که تا زمان ثبت نام موفق به اخذ گواهی خود نشده اند

دانشگاه / مؤسسه آموزش عالی

بدین وسیله به اطلاع می‌رساند: آقای / خانم پذیرفته نیمسال اول / نیمسال دوم

در رشته تحصیلی (کد رشته محل) از مقطع کاردانی (فوق دیپلم) این مؤسسه

آموزش عالی تا تاریخ ۱۴۰۴/۰۶/۳۱ فارغ التحصیل شده است ☐ / حداکثر تا ۱۴۰۴/۱۱/۳۰ فارغ التحصیل خواهد شد ☐ و اشتغال به

تحصیل نامبرده مورد تأیید شورای عالی انقلاب فرهنگی ☐ / وزارت علوم، تحقیقات و فناوری ☐ / وزارت بهداشت، درمان و

آموزش پزشکی ☐ است.

ضمناً این فرم فقط برای اطلاع آن مؤسسه آموزش عالی صادر شده و فاقد هر گونه ارزش دیگری است.

محل مهر و امضاء مسئول امور آموزشی دانشگاه / مؤسسه آموزش عالی

(محل فارغ التحصیلی دوره کاردانی)

الصاق عكس
الزامی است

باسمه تعالی
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان مرکزی (اراک)
مرکز آمار دانشجویی آموزشی

دانشجویان عزیز ضمن خیر مقدم به شما عزیزان و آرزوی موفقیت در طی تمام مدارج تحصیل لطفاً بمنظور آشنایی مسئولین دانشگاه با وضعیت جنابعالی و توجه به برنامه ریزی حمایتی و کمک به ادامه تحصیل و احیاناً رفع موانع تحصیلی با صداقت به سؤالات زیر پاسخ داده و مطمئن باشید پاسخهای داده شده بصورت محرمانه نگهداری و از دسترس افراد غیر مسئول مصون میباشد .

نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره شناسنامه:	محل صدور:	تاریخ تولد:
محل تولد:	نام مستعار:	وضعیت نظام وظیفه:	متدین به دین:	مذهب:	
رشته تحصیلی کاردانی:	سال اخذ کاردانی:	سال ورود به کارشناسی:	شماره ملی:		

وضعیت تأهل: مجرد ☐ متارکه ☐ متأهل ☐ تعداد فرزندان ☐

رشته قبولی در این دانشگاه:

- چنانچه قبلاً در آموزش عالی حضور داشته اید نام دانشگاه، نام رشته و علت انصراف خود را ذکر نمایید .
-

- آیا غیر از تحصیل به کار دیگری مشغول هستید (نوع و مدت فعالیت) ؟
-

- آیا در زندگی دچار مشکلاتی هستید در صورت مثبت بودن ، لطفاً توضیح دهید ؟
-

- آیا از خانواده معظم شهداء ☐ جانبازان ☐ آزادگان ☐ هستید، در صورت مثبت بودن نسبت خود را توضیح دهید ؟

- آیا در قبل از ورود به دانشگاه با نهادها و تشکلهای و احزاب همکاری داشته و دارید ، لطفاً توضیح دهید.

- علاقمند به چه نوع فعالیت خارج از کلاس (فوق برنامه) هستید ؟

مشخصات خانواده (پدر – مادر - همسر - (برادران- خواهران بالای ۱۸ سال))

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	نام پدر	میزان تحصیلات	شغل	آدرس محل کار یا سکونت
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						

مشخصات ۳ نفر از دوستان صمیمی و نزدیک حتی المقدور شاغل

ردیف	نام و نام خانوادگی	میزان تحصیلات	مدت آشنایی	شغل	آدرس	تلفن
۱						
۲						
۳						

* در این قسمت چیزی نوشته نشود

ملاحظات :

نظریه:

آدرس محل سکونت: استان شهرستان شهر/ روستا خیابان
کوچه پلاک کد تلفن تلفن اضطراری کدپستی

نام و نام خانوادگی و امضاء دانشجو

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی / درمانی استان مرکزی

امور آموزشی دانشگاه

برگ تقاضا نامه برای بهره مندی از مزایای آموزشی رایگان

اینجانب: (نام و نام خانوادگی)

فرزند:

متولد:

دارنده شماره شناسنامه:

صادره از :

دانشجوی رشته:

مقطع تحصیلی:

سال ورود:

دوره روزانه دانشکده:

متاهل / مجرد که با اطلاع

از لایحه قانونی اصلاح مواد هفت و هشت قانون تامین وسائل و امکانات تحصیلی اطفال و جوانان ایرانی که در جلسه مورخ ۵۹/۳/۱۲ شورای انقلاب اسلامی ایران بتصویب رسیده است و قبول تکالیف قانونی خود علاقمند هستم از نیمسال سال تحصیلی از مزایای آموزش رایگان طبق قانون مذکور استفاده نمایم تقاضا دارم دستور فرمائید نام اینجانب را طبق مقررات ثبت نمایند .
ضمناً "متعهد میشوم که شاعل خدمت در ادارات دولتی و نهادهای انقلاب اسلامی نیستم ، در صورت مشاهده خلاف این اظهاریه هرگونه تصمیم گیری توسط امور آموزش دانشگاه مبنی بر جلوگیری از ادامه تحصیل خود را تقبل مینمایم .

آدرس دائم دانشجوی:

تلفن:

تلفن ضروری که بتوان با آن تماس گرفت:

اینجانب متعهد میگردم که در صورت تغییر آدرس در اسرع وقت مراتب را به امور آموزش دانشگاه اطلاع دهم در غیر اینصورت مسئولیت عدم وصول مکاتبات بعهدہ اینجانب خواهد بود .

توضیح : دانشجویان شاغل میبایستی موافقتنامه رسمی و بدون قید و شرط وزارتخانه و یا سازمان متبوع خود مبنی بر شرکت تمام وقت در همه کلاسهای آموزشی را به اداره کل آموزش این دانشگاه ارائه نمایند .

امضاء دانشجو:

تاریخ :