

مدیر محترم امور آموزشی دانشگاه.....

با سلام و احترام؛

به استحضار می رساند : درخواست تاییدیه تحصیلی مقاطع قبلی و ریز نمرات دانش آموختگان آن دانشگاه (مقاطع کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ناپیوسته ، کارشناسی ارشد ، دکترای حرفه ای ، دکتری تخصصی ، تخصصی بالینی) که در این دانشگاه پذیرفته شده اند، از طریق فرم پیوست و توسط شخص دانش آموخته به صورت دستی و یا ارسال پستی به آن دانشگاه تقدیم می شود . خواهشمند است دستور فرمایید پاسخ این درخواست ها را با ارجاع به شماره و تاریخ این نامه به صورت محرمانه به آدرس : سبزواری، جاده توحیدشهر ، بلوار شهدای هسته ای ، بالاتر از مزار شهدای گمنام ، پردیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزواری ، بلوک C ، معاونت آموزشی ، اداره آموزش و تحصیلات تکمیلی ، واحد پذیرش و ثبت نام ، کد پستی : ۹۶۱۷۹۱۳۱۱۴-۹۶۱۷۹۱۳۱۱۴ مدیریت امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی سبزواری ارسال فرمایند . پیشاپیش از دستور همکاری سپاسگزاری می شود.



دکتر سید علیرضا جوادی نیا
مدیر آموزش و تحصیلات تکمیلی



درخواست تاییدیه تحصیلی

کاردانی کارشناسی ناپیوسته کارشناسی پیوسته کارشناسی ارشد دکترای حرفه ای دکترای تخصصی تخصص بالینی

قبل از تکمیل فرم توجه فرمایید : چنانچه به علت ناخوانا بودن خط ، عدم تطبیق مشخصات داده شده با شناسنامه و مدارک تحصیلی در صورت تاییدیه و تاخیر شود ، مسئولیت آن به عهده دانش آموخته است.

مدیر محترم امور آموزشی دانشگاه.....

با سلام و احترام ؛

اینجانب فرزند به شماره شناسنامه و شماره ملی

صادر از متولد (روز،ماه،سال) محل تولد با شماره دانشجویی

در رشته گرایش دوره روزانه شبانه پردیس خودگردان از آن دانشگاه/ موسسه غیرانتفاعی/ آموزشکده در نیمسال اول نیمسال دوم دوره تابستانی سال فارغ التحصیل گردیده ام و اکنون در آزمون ورودی سال

تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ در مقطع رشته (نیمسال اول نیمسال دوم) روزانه پردیس خودگردان

در دانشگاه علوم پزشکی سبزوار پذیرفته شده ام ، تقاضا دارم یک برگ گواهی فراغت از تحصیل حاوی :

1-مدت بهره مندی از آموزش رایگان 2- وضعیت تعهدات 3- میزان بدهی 4- وضعیت خدمت لایحه قانونی نیرو انسانی 5- سهمیه ثبت نامی در کنکور، معدل و تاریخ فراغت از تحصیل (روز،ماه،سال) 6- نمره کتبی و شفاهی آزمون دانشنامه تخصصی پزشکی صادر و به صورت محرمانه به نشانی: سبزوار- جاده توحیدشهر - بلوار شهدای هسته ای - بالاتر از مزار شهدای گمنام - پردیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار- بلوک C - معاونت آموزشی- اداره آموزش و تحصیلات تکمیلی - واحد پذیرش و ثبت نام ، کد پستی : ۹۶۱۷۹۱۳۱۱۲-۹۶۱۷۹۱۳۱۱۴ ارسال گردد.

تذکر: ضمنا در صورتی که تاییدیه تحصیلی جهت اشتغال به کار دانش آموخته صادر گردیده است ،اعلام فرمایند.

شماره دانشجویی مقطع فعلی در دانشگاه علوم پزشکی سبزوار :

نشانی و شماره تلفن دانش آموخته با ذکر کد شهر :

شماره همراه ضروری : محل امضا دانش آموخته تاریخ :

ثبت درخواست دانشجو در دبیرخانه دانشگاه (مقطع قبلی) :

تاریخ :
شماره :

لازم است دانشجو شماره و تاریخ ثبت درخواست فوق در دانشگاه محل تحصیل قبلی را حداکثر تا یک ماه پس از ثبت نام نهایی، به مدیریت امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار ارائه نماید.

آدرس : سبزوار- جاده توحیدشهر - بلوار شهدای هسته ای - بالاتر از مزار شهدای گمنام - پردیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار- بلوک C - معاونت آموزشی- اداره آموزش و تحصیلات تکمیلی - واحد پذیرش و ثبت نام ، کد پستی : ۹۶۱۷۹۱۳۱۱۴-۹۶۱۷۹۱۳۱۱۲
تلفن : ۰۵۱۴۴۰۱۸۴۴۵

اگر دانشگاه اصلاح شود ، مملکت اصلاح می شود. « امام خمینی (ره) »

به منظور تحکیم و تثبیت ارزشهای والای اسلامی در محیط دانشگاه و قطع وابستگی از فرهنگ مبتذل غرب و تحقق بخشیدن به وصایای شهدای راه حق و جنگ تحمیلی و دستیابی به اهداف نظام جمهوری اسلامی و در راستای اجرای مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی ، بر تمامی دانشجویان فرض است که ضمن رعایت کلیه مقررات اداری و آموزشی و سایر قوانین نظام جمهوری اسلامی در محیط دانشگاه ، موارد مشروحه ذیل را دقیقاً رعایت نمایند.

الف) رفتار حرفه ای: به عنوان یک وظیفه شرعی و اخلاقی دانشجوی می باشد رعایت نکات ذیل در این خصوص الزامی است.
 ۱- دانشجویان موظفند در محیط دانشگاه و واحدهای تابعه رعایت شئون و اخلاق و آداب اسلامی را نموده و رفتاری کاملاً حرفه ای و متناسب با شان محیطهای علمی از خود نشان دهند. هرگونه رفتار و گفتار ناپسند و خلاف شرع خودداری نمایند.
 ۲- حفاظت و استفاده صحیح از امکانات و تجهیزات و وسایل عمومی در اختیار ، از وظایف حرفه ای دانشجوی می باشد.
 ب) پوشش حرفه ای: داشتن ظاهری تمیز و متناسب با موقعیت حرفه ای در تمامی ساعات آموزشی و کاری و رعایت نکات ذیل الزامی است.

• رعایت نکات ذیل برای خواهران:

- ۱) مانتو و شلوار مدل ساده گشاد و بلند از پارچه ضخیم و یک رنگ در رنگهای سنگین نظیر سرمه ای ، قهوه ای ، طوسی و مشکی
- ۲) استفاده از مقنعه بلند و ضخیم از رنگهای ساده بدون هرگونه تزئین . بدیهی است استفاده از چادر مشکی اولی است.
- ۳) استفاده از جورابههای ضخیم در رنگهای سنگین و نیز استفاده از کفش های پاشنه کوتاه در رنگهای سنگین .
- ۴) احتراز از هر نوع آرایش از قبیل بند کردن و لاک زدن ناخن ها و ... و نیز عدم استفاده از عطر و سایر لوازم آرایش .

• موارد زیر برای برادران ممنوع می باشد:

- ۱) استفاده از پیراهن های آستین کوتاه
 - ۲) بازگذاشتن یقه پیراهن
 - ۳) استفاده از رنگهای تند و زننده در پوشش
 - ۴) استفاده از لباسهای تنگ و چسبان
 - ۵) بلندکردن ناخن ها
 - ۶) استفاده از تزئینات غیر متعارف
- لازم به تذکر است که معاونت دانشجویی فرهنگی دانشگاهها ناظر بر حسن اجرای این آیین نامه بوده و با متخلفین طبق مقررات برخورد دانشجوی متخلف را به شورای انضباطی معرفی خواهند نمود. بدیهی است شورای انضباطی دانشجویان نیز به طریق مقتضی پیگیری حسن اجرای این آیین نامه خواهد بود.

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

اینجانب ----- فرزند ----- دانشجوی رشته ----- آیین نامه فوق را با دقت مطالعه، و متعهد می شوم که ضمن رعایت کلیه قوانین و مقررات اداری و آموزشی و سایر قوانین نظام جمهوری اسلامی در محیط دانشگاه ، موارد مشروحه در این آیین نامه را نیز دقیقاً رعایت نمایم. در صورت مشاهده هرگونه تخلف از این تعهد نامه برابر مقررات با اینجانب عمل گردد.

تاریخ و امضاء دانشجو

فرم اطلاعات عمومی دانشجویان تحصیلات تکمیلی
(کارشناس ارشد)

نام خانوادگی:

نام:

نام پدر: شماره شناسنامه: محل صدور شناسنامه:

استان تولد: تاریخ تولد: / / ۱۳ کد ملی:

شهر تولد: بخش تولد:

دین: مذهب: ملیت: تابعیت: وضعیت تاهل: متاهل مجرد

وضعیت نظام وظیفه:

مشمول هستم و معافیت تحصیلی (مجوز موقت ثبت نام) دارم کارت هوشمند پایان خدمت وظیفه عمومی را دارا می باشم

کارت هوشمند معافیت (کفالت / پزشکی) دائم را دارا می باشم غیره..... شرح دهید.....

مشخصات مقطع قبلی	<input type="checkbox"/> کارشناس پیوسته
	<input type="checkbox"/> کارشناس ناپیوسته
	<input type="checkbox"/> دکترای عمومی
رشته:	
دانشگاه:	
تاریخ فارغ التحصیلی:	
تاریخ پایان طرح:	

تاریخ شروع به تحصیل:

نیمسال اول

نیمسال دوم

سال تحصیلی:

نوع دوره روزانه شبانه

رشته قبولی:

تاریخ آزمون:

سهمیه ثبت نامی (در آزمون): آزاد کارکنان مریبان استعدادهای درخشان مناطق محروم خانواده شهدا رزمندگان

وضعیت اشتغال: شاغل غیر شاغل در صورت اشتغال: رسمی پیمانی

مجوز ادامه تحصیل: ماموریت آموزشی مرخصی بدون حقوق استعفا

نوع سکونت: بومی غیر بومی نوع سکونت دانشجویی: با خانواده منزل اجاره ای متقاضی خوابگاه

نشانی دائم و کدپستی:

ایمیل (E mail):

تلفن همراه دانشجو:

تلفن همراه والدین:

تلفن ثابت:

تاریخ تکمیل فرم:

امضاء دانشجو:

تلفن همراه دانشجو:
تلفن همراه والدین:
تلفن ثابت:



بسم تعالی

مقطع کارشناسی ارشد

« فرم تعهد کارمندی »

اینجانب آقای/ خانم که در رشته دوره پذیرفته

شده‌ام با اطلاع کامل از مقررات مقطع کارشناسی ارشد در مورد بهره‌مندی از هزینه تحصیلی اعلام می‌دارم که برابر مصوبه شصت و نهمین جلسه شورای عالی برنامه‌ریزی پزشکی مورخ ۱۳۹۷/۰۴/۲۴ و ابلاغیه پیوست به شماره ۵۷۵/۵۰۰/د مورخ ۱۴۰۲/۰۲/۰۵ اوقاتی که موظف به حضور در دانشگاه هستم در مشاغلی که تعارضی با تحصیل تمام وقت بنده در مقطع کارشناسی ارشد دارد؛ اشتغال به کار ندارم. در صورت بروز هر گونه مغایرت با صحت مراتب فوق حق هیچ گونه اعتراض نسبت به تصمیمات دانشگاه نخواهم داشت.

امضاء و تاریخ

اثر انگشت

افرادی که با استفاده از مأموریت آموزشی / مرخصی بدون حقوق از مراکز نظامی و غیرنظامی اشتغال به تحصیل دارند قسمت ذیل را تکمیل نمایند.

نام و نام خانوادگی:

رشته پذیرفته شده:

موسسه / شرکت / سازمان:

امضاء و تاریخ

اثر انگشت

فرم تعهد نامه عام
(کارشناس ارشد)

اینجانب.....فرزند.....به شماره شناسنامه.....متولد / / صادره از ساکن (نشانی کامل).....

.....که با هزینه دولت برای ادامه تحصیل در رشته در نیمسال اول □ نیمسال دوم □ سال تحصیلی.....۱-.....۱ در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار پذیرفته شده ام متعهد می شوم کلیه ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که در بدو ثبت نام از مفاد آن اطلاع حاصل کرده ام را رعایت نموده و اقدامی که خلاف شئونات دولت جمهوری اسلامی ایران ومقررات جاری کشور باشد بعمل نیاورم ودوره تحصیلی ام را در مدت معمول برابر مقررات آن با موفقیت بگذرانم. ضمناً موظف هستم در طول تحصیل به طور تمام وقت در اختیار دانشگاه محل تحصیل باشم و پس از اتمام دوران تحصیل برابر مدت تحصیل را در هر محلی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین نماید خدمت نمایم و چنانچه به هر علتی که مورد تایید وزارت مذکور نباشد از تحصیل اخراج و یا محروم شوم و یا بعد از پایان دوره تحصیل از انجام تعهدات که یک برابر ایام تحصیل می باشد استنکاف نمایم. متعهد می گردم معادل دوبرابر شهریه وهزینه تحصیلی مصروفه را به تشخیص وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بصورت یکجا وبدون هیچگونه قید وشرطی به صندوق دولت بپردازم و چنانچه نشانی خود که در تعهد نامه قید شده است را تغییر دهم فوراً مراتب رابه دانشگاه محل تحصیل خود اطلاع دهم. در غیر اینصورت ارسال کلیه اختاریه ها و ابلاغ ها به محل تعیین شده در این تعهد نامه ابلاغ قانونی تلقی می شود.

امضاء دانشجو

تاریخ

فرم تعهد نامه عدم اشتغال به تحصیل
(کارشناسی ارشد)

اینجانب..... به شماره دانشجویی..... پذیرفته شده در نیمسال
اول نیمسال دوم سال تحصیلی-۱..... ۱ مقطع کارشناسی ارشد رشته.....
دانشگاه علوم پزشکی سبزوار متعهد می شوم که در زمان ثبت نام و درطول تحصیل دراین دانشگاه در هیچ
سازمان یا موسسه ای وابسته یا غیر وابسته به وزارت بهداشت در مقطع کارشناسی ارشد یا بالاتر ثبت نام نکرده
و در حال تحصیل نمی باشم و در صورت خلاف این ادعا قبولی اینجانب کان لم یکن تلقی می شود.

امضاء دانشجو

تاریخ

مشخصات سه نفر از افراد مورد اعتماد که به مدت طولانی و مستقیماً شما را بشناسند و حتی با آن خویشاوند نباشد ذکر فرمایید.

آشنا	نام و نام خانوادگی	شغل معرف	مدت آشنایی از تا	نحوه آشنایی	نسبت	آدرس فعلی محل کار و سکونت	تلفن
در محل سکونت							
در محل تحصیل							
در محل کار							

چنانچه از بستگان شما در سپاه، بسیج یا دیگر ارگانها و نهادهای انقلابی فعالیت دارند در جدول زیر بنویسید.

نام نهاد	نام بستگان	نسبت	نشانی محل سکونت و کار	تلفن

چنانچه تاکنون در گزینش نهادها، ادارات یا مراکز آموزشی شرکت داشته اید جدول زیر را تکمیل نمایید.

نام دستگاه	استان	شهر	تاریخ ثبت نام	نتیجه گزینش	در صورت عدم پذیرش دلایل آن را توضیح دهید.

شرکت در جبهه : داشته ام نداشته ام تعداد دفعات اعزام بار جمعاً بمدت ماه و روز و بصورت داوطلب
 سرباز ماموریتی رزمی پشتیبانی

از بستگان درجه یک به خانواده و شهید <input type="checkbox"/> مفقودالثر <input type="checkbox"/>		مجروح <input type="checkbox"/> جانباز <input type="checkbox"/> آزاده <input type="checkbox"/> می باشم	
نام شهید یا مفقودالثر	نسبت فامیلی شما با او	محل شهادت	محل وقوع حادثه

سوابق فعالیتهای خود را در چند سال اخیر در جدول زیر توضیح دهید (نظیر فعالیت در نهادهای انقلابی، بسیج، انجمنها، امور عام المنفعه)

نوع فعالیت	محل فعالیت	از تاریخ	تا تاریخ	آدرس دقیق محل فعالیت	تلفن

شماره تلفنی که در صورت ضرورت بتوان با شما تماس فوری گرفت نام صاحب تلفن :

نشانی های محل سکونت خود را در طی ده سال اخیر نوشته و چنانچه انفرادی زندگی کرده اید قید نمایید.

استان	شهر	محل	خیابان	خیابان فرعی	کوچه	پلاک	کدپستی	تلفن	تاریخ شروع و خاتمه اقامت از ... تا	زندگی انفرادی داشته اید.

(کروکی آدرس محل سکونت فعلی "خیابان اصلی نوشته شود")



شمال

(کروکی آدرس محل سکونت قبلی "خیابان اصلی نوشته شود")



جنوب

صحت مندرجات فوق مورد تایید اینجانب می باشد.

تاریخ

امضاء



بسمه تعالی

تاریخ:

شماره:

**برگ درخواست نامنویسی
(کارشناس ارشد)**

اینجانب: فرزند: دارای شماره شناسنامه: صادره از: متولد: / / ۱۴۰۰

پذیرفته شده در آزمون سال تحصیلی ۱- (نیمسال اول نیمسال دوم) دوره روزانه دانشگاه علوم پزشکی سبزوار که دوره تحصیلی خود را قبلاً در مقطع رشته در تاریخ / / ۱ از دانشگاه / دانشگاه علوم پزشکی به پایان رساندم، باتسلیم مدارک اعلام شده در دستورالعمل های ثبت نامی و دفترچه های آزمون، تقاضای ثبت نام در این دانشگاه را می نمایم و متعهد میشوم:
۱- با قبول تکالیف و وظایف قانونی خود علاقمند هستم از بدو شروع تا پایان دوره تحصیلی برابر مقررات از مزایای آموزش رایگان طبق قانون مذکور استفاده نمایم.

۲- دانشجوی هیچ یک از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی در مقطع کارشناسی ارشد یا بالاتر نیستم.

۳- در هیچ یک از نهادها، موسسات و سازمانهای دولتی مشغول به کار نمی باشم و شغل موظف ندارم.

تذکر: در صورتی که در یکی از نهادها، موسسات و سازمانهای دولتی به صورت رسمی یا پیمانی مشغول به کار می باشید ارائه مرخصی استحقاقی، حکم مرخصی بدون حقوق و یا حکم ماموریت آموزشی الزامی است.

مشخصات خانوادگی

نسبت	نام و نام خانوادگی	شغل	نشانی کامل محل کار یا محل سکونت
پدر			
مادر			
خواهر و برادر	۱-		
	۲-		
	۳		
همسر			
فرزند / فرزندان	۱-		
	۲-		

نشانی دائم و کدپستی:

کد ملی:

تلفن ثابت:

تلفن همراه:

ایمیل (E-mail):

نام و نشانی و شماره تلفن یکی از بستگان یا آشنایان نزدیک:

توجه: اطلاع از مقررات آموزشی و تقویم دانشگاه از وظایف اصلی دانشجویان است و عدم اطلاع، از دانشجو سلب مسئولیت نمی کند.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ:

امضاء دانشجو:

فرم شماره ۴

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید.

محل الصاق
عکس
۳×۴

بسمه تعالی

برگ مشخصات مربوط به بررسی صلاحیت عمومی داوطلبان آزمون کارشناسی ارشد ناپیوسته

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

رشته های گروه پزشکی، سال تحصیلی-.....

مقطع تحصیلی فعلی :	رشته تحصیلی فعلی :
سال ورود به تحصیل :	دانشگاه فعلی محل تحصیل :

تذکر : چنانچه این فرم ناقص تکمیل گردد به آن ترتیب اثر داده نخواهد شد .

* نام خانوادگی : نام : نام پدر : شماره شناسنامه :

* شماره ملی : تاریخ تولد :

* وضعیت تأهل : وضعیت خدمت نظام وظیفه : نام و نام خانوادگی قبلی :

* نام و نام خانوادگی و میزان تحصیلات همسر :

* شغل و محل کار همسر :

* در صورتیکه پرسنل رسمی یکی از نیروهای نظامی هستید نام نیرو و تاریخ شروع به کار را ذکر نمایید :

.....

* داوطلب استفاده از سهمیه :

آزاد ۵۰٪ مناطق محروم ۱۰٪ رزمندگان و ایثارگران ۲۰٪ کارکنان وزارت بهداشت و درمان ۲۰٪

* نام دانشگاههای محل تحصیل در مقاطع قبلی

ردیف	نام دانشگاه	مقطع	رشته	تاریخ شروع	تاریخ پایان	نشانی دانشگاه
۱						
۲						
۳						

* در صورت شرکت در آزمون کارشناسی ارشد ناپیوسته دوره های قبل جدول زیر را تکمیل نمایید.

مثبت منفی

نتیجه مرحله اول آزمون		
نتیجه مرحله دوم آزمون		
نتیجه مرحله سوم آزمون		

* وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی

نام محل کار	نوع استخدام	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نشانی و تلفن
				فعالیت فعلی
				فعالیت خارج از مرکز

* حضور در جبهه و یا خدمت سربازی : آیا نام شما در لیست اضطراری ستاد رسیدگی به وضع مصدومین و مجروحین جنگ وجود دارد

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	موظف	داوطلب	محل خدمت
۱					
۲					
۳					

* سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی

ردیف	نام محل	استان	شهر	تاریخ شروع و خاتمه	نوع فعالیت	ارتباط
۱						
۲						

* وابستگی درجه یک به خانواده شهید مفقود الاثر آزاده

* نام و نام خانوادگی ایشان :

* محل و زمان (شهادت / اسارت / مفقود شدن) :

* مشخصات ۴ نفر از افرادی که شما را کاملاً شناخته و قابل دسترس می باشند ذکر نمائید .

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	نشانی و تلفن
۱				
۲				
۳				
۴				

* نشانی محل سکونت بطور دقیق نوشته شود :

ردیف	استان	شهر	نشانی پستی	تاریخ شروع و خاتمه	تلفن
فعلی					
قبلی					

* سابقه کیفری در دادگاه و یا سابقه در کمیته انضباطی در دوران تحصیل :

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱				
۲				

* چنانچه وابستگی گروهکی داشته اید یا ذکر نوع فعالیت در یک سطر شرح دهید :

شماره تلفن ضروری جهت تماس : ۱- ۲- ۳-

اینجانب متعهد می گردم که بندهای مذکور در این فرم را بدون اشتباه و براساس مدارک تکمیل نموده و در صورت وجود هر گونه مغایرت و یا عدم صحت مندرجات فوق ، مسئولیت کلیه عواقب آن برعهده اینجانب خواهد بود .

نام و نام خانوادگی تاریخ تنظیم :

امضاء



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

بسمه تعالی

تعهد صحت مدارک

اینجانب فرزند..... به شماره ملی.....،
پذیرفته شده ی رشته مقطع..... در سال.....
متعهد می گردم؛ کلیه مدارک اعلام شده توسط سازمان سنجش و اداره پذیرش و ثبت نام را
دارا بوده و زمان تحویل حضوری به دانشگاه ارائه نمایم و در صورت وجود هر گونه نقص مدارک
یا مغایرت اطلاعات اعلام شده به سازمان سنجش و دانشگاه با اصل مدارک، حق ملغی شدن
ثبت نام و ادامه تحصیل اینجانب را برای دانشگاه محفوظ و مسلم می دانم و حق هیچ گونه
اعتراضی نسبت به کان لم یکن شدن ثبت نام نخواهم داشت.

تاریخ و امضا دانشجو:

اثر انگشت:

باسمه تعالی



شورای انضباطی دانشجویان

اظهارنامه انضباطی دانشجویان جدید الورود

سال تحصیلی نیمسال

باید خوب درس بخوانید و به طور دقیق انضباط و نظم اجتماعی را رعایت کنید. محیط هرج و مرج و محیطی که در آن امید وجود نداشته باشد، ضد پیشرفت است.

امام خامنه‌ای «مدظله العالی»

با توجه به قداست علم، اخلاق و محیط‌های آموزشی، پژوهشی و ضرورت دفاع و حراست از حقوق عمومی دانشجویان، اینجانب فرزند با مشخصات ذیل، خود را مکلف و موظف می‌دانم در طول زمان تحصیل، در محیط‌های داخل و خارج دانشگاه، مقررات انضباطی، موضوع آیین‌نامه انضباطی دانشجویان جمهوری اسلامی ایران مصوب سیصد و پنجاه و هشتمین جلسه مورخ ۱۳۷۴/۶/۱۴ شورای عالی انقلاب فرهنگی و شیوه‌نامه اجرایی مربوطه مصوب ۱۴۰۱ را که به صورت غیرحضوری با مطالعه شیوه‌نامه اجرایی انضباطی دانشجویان، نسبت به محتوای آن آگاه شدم، مراعات نمایم.

آیین‌نامه انضباطی یادشده و شیوه‌نامه اجرایی مربوطه در پایگاه اطلاع‌رسانی دانشگاه به نشانی <https://www.medsab.ac.ir/index.aspx?fkeyid=&siteid=1&pageid=11543> شورای انضباطی درج

گردیده است.

تاریخ تولد	شماره ملی	شماره دانشجویی	رشته تحصیلی
مقطع تحصیلی	وضعیت تاهل	دین و مذهب	تلفن همراه دانشجوی
تلفن ثابت	تلفن همراه پدر	تلفن همراه مادر	تلفن ضروری

نشانی محل سکونت خانواده:

توجه: با استناد به تبصره‌های یک و سه ماده ۶۷ شیوه‌نامه اجرایی هرگونه دعوت احتمالی شما به شورای انضباطی، مبنی بر اطلاع‌رسانی تلفنی از طریق تماس با شماره همراه ارائه شده یا ارسال پیام به بخش اعلانات مهم حساب کاربری اختصاصی شما خواهد بود؛ ضروری است در صورت هرگونه تغییر در شماره تماس‌های اعلامی، مراتب در اسرع وقت به این شورا اطلاع‌رسانی شود.

مفاد کاربرگ را مطالعه و صحت کلیه مندرجات آن را تایید می‌نمایم.

امضای دانشجو:

تاریخ:



بسمه تعالی
فرم مشخصات داوطلبین افغانی و عراقی

مشخصات فردی	جنسیت:		تابعیت:		نام پدر:		نام جد:	
	نام خانوادگی و نام:		تاریخ تولد:		محل تولد:			
شغل	وضعیت تاهل: هرگز ازدواج نکرده <input type="checkbox"/> جداشده <input type="checkbox"/> بیوه <input type="checkbox"/> متاهل با همسر <input type="checkbox"/> متاهل دور از همسر <input type="checkbox"/>							
	نوع شغل: سازمان محل کار/ کار فرما:							
نشانی	نشانی محل کار در ایران: شهر: خیابان:							
	نشانی کامل و دقیق منزل در ایران: شهر: خیابان: کوچه: پلاک: تلفن: کدپستی:							
مشخصات اعضاء خانواده یا افراد تحت تکفل	تابعیت	نام	نام خانوادگی	نام پدر	نام جد	نوع مدرک شناسایی و یا اقامتی	شغل	نسبت
مشخصات تحصیلی	دارنده دیپلم نظام جدید آموزش متوسطه <input type="checkbox"/> دارنده دیپلم نظام قدیم آموزش متوسطه <input type="checkbox"/>							
	نوع دیپلم:		رشته تحصیلی:		معدل کتبی دیپلم:		محل اخذ دیپلم:	
	نوع مدرک پیش دانشگاهی:		معدل دوره پیش دانشگاهی:		محل اخذ مدرک پیش دانشگاهی:		تاریخ اخذ مدرک پیش دانشگاهی:	
	مقطع تحصیلی: کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد پیوسته <input type="checkbox"/>							
مشخصات مدرک اقامت یا شناسایی	نوع مدرک شناسایی یا اقامتی: گذرنامه <input type="checkbox"/> دفترچه پناهندگی <input type="checkbox"/> کارت هویت ویژه اتباع خارجی <input type="checkbox"/> برگ تردد خروجی مدت دار <input type="checkbox"/>							
	شماره مدرک اقامتی:							
	محل صدور:		تاریخ صدور:		تاریخ انقضاء اقامتی:			
ویژه داوطلبینی که دارای مادر ایرانی هستند	چنانچه داوطلب دارای مادری ایرانی می باشد. لطفاً مشخصات ایشان را (مشخصات مادر) در این قسمت بنویسید.							
	نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	تاریخ تولد:	محل تولد:			
	شماره شناسنامه:	شماره کارت ملی:	محل صدور:	نوع ازدواج: رسمی <input type="checkbox"/> غیررسمی <input type="checkbox"/>				
نشانی و تلفن اضطراری	نشانی و یا شماره تلفنی که بتوان در مواقع ضروری با جنابعالی تماس بگیریم.							
یادآوری	مطالب مندرج در این فرم رابه طورکامل تکمیل و صحت و درستی آن را تایید نموده و تعهد می نمایم ضمن رعایت قوانین و مقررات جمهوری اسلامی ایران، در صورت اثبات خلاف و کتمان ضمن کان لم یکن شدن اینجانب پذیرش درآزمون ورودی و همچنین دانشگاهها و موسسات آموزش عالی جمهوری اسلامی ایران تحت پیگرد قانونی قرارگرفته و به تصمیمات متخذ ازسوی مراکز عالی اعتراضی نخواهم داشت.							
	نام و نام خانوادگی داوطلب:		تاریخ:					

امضاء و اثر انگشت