بنام خدا

فرم شمارهٔ ۱

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 پذیرش دانشجو در دوره روزانه/ نوبت دوم (شبانه) رشته‌های تحصیلی گروه‌های آموزشی مختلف از دوره کاردانی (فوق دیپلم) به دوره کارشناسی‌ناپیوسته سال ۱۴۰۵ در گروه آموزشی ..... در رشته تحصیلی ..... (کد رشته محل .....) مقطع کارشناسی‌ناپیوسته دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ..... پذیرفته شده‌ام، باتوجه به ضیق وقت بدین وسیله متعهد می‌شوم که هنگام ثبت‌نام در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۶-۱۴۰۵ گواهی دال برتسویه حساب یا موافقت صندوق‌های رفاه دانشجویان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را بر اساس دستورالعمل بازپرداخت وام‌های رفاه دانشجویان مصوبه جلسه هیأت وزیران تاریخ ۱۳۸۲/۰۵/۲۳ به آموزش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تحویل دهم و درصورت عدم تحویل گواهی فوق، آن آموزش اجازه دارد که از ثبت‌نام اینجانب در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۶-۱۴۰۵ جلوگیری به عمل آورده و در این‌صورت اینجانب حق هیچگونه اعتراضی را نخواهم داشت.

تاریخ : **نام ، نام خانوادگی و امضا :**

بنام خدا

فرم شمارهٔ ۲

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 پذیرش دانشجو از دوره کاردانی به دوره کارشناسی‌ناپیوسته سال ۱۴۰۵ در گروه آموزشی ..... در رشته تحصیلی ..... (کد رشته محل .....) مقطع کارشناسی‌ناپیوسته مؤسسه / دانشگاه ..... پذیرفته شده‌ام، باتوجه به ضیق وقت بدین‌وسیله متعهد می‌شوم که هنگام ثبت‌نام در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۶-۱۴۰۵ گواهی دال برتسویه 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 درصورت عدم تحویل‌گواهی فوق، آن آموزش اجازه دارد که از ثبت‌نام اینجانب در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۶-۱۴۰۵ جلوگیری به عمل آورده و اینجانب حق هیچ‌گونه اعتراضی را نخواهم داشت.

تاریخ : **نام و نام خانوادگی:**

امضا :

بنام خدا

فرم شمارهٔ ۳

فرم مخصوص اخذ تعهد از پذیرفته‌شدگان رشته‌های تحصیلی گروه‌های آموزشی مختلف در پذیرش کاردانی به کارشناسی‌ناپیوسته سال ۱۴۰۵ (مختص دوره‌های روزانه)

اینجانب: ..... فرزند ..... متولدسال ..... دارای شناسنامه شماره ..... صادره‌از..... محل تولد ..... ساکن ..... که در کاردانی به کارشناسی ناپیوسته نیمسال اول / دوم سال تحصیلی ۱۴۰۶-۱۴۰۵ در رشته تحصیلی ..... (کد رشته محل .....) در مقطع کارشناسی ناپیوسته دانشگاه /دانشکده/ آموزشکده/ مؤسسه آموزش عالی..... پذیرفته شده‌ام، در کمال میل و اختیار ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملتزم می‌شوم که پس از گذراندن دوره تحصیلی در مقطع فوق پس از تعیین تکلیف خدمت وظیفه عمومی (برای برادران) به‌مدت یک برابر زمان تحصیل خود در صورت نیاز و به تشخیص و معرفی وزارت علوم، تحقیقات وفناوری/ وزارت بهداشت، درمان وآموزش 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 هزینه‌های 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 وآموزش پزشکی وکالت می‌دهم در صورت تخلف از مفاد این تعهد و استنکاف از آن که خارج از حیطه اقتدار اینجانب نباشد، برابر هزینه‌های مصروفه سرانه دانشجو را در مدت تحصیل از اموال اینجانب برداشت نماید. تشخیص وزارت علوم، تحقیقات وفناوری/ وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی در مورد کیفیت تخلف و میزان هزینه‌های مصروفه غیر قابل اعتراض بوده و صرف اعلام وزارتخانه‌های مذکور برای اینجانب قطعی و لازم‌الاجراست.

توضیح : خدمات مزبور (تعهد) جزو خدمات قانونی گروه آموزشی پزشکی محسوب می‌شود.

تاریخ : **نام و نام خانوادگی:**

امضا :

بنام خدا

فرم شمارهٔ ۴

نمونه فرم اخذ تعهد از پذیرفته‌شدگان مبنی بر گذراندن دروس پیش‌نیاز رشته قبولی کارشناسی‌ناپیوسته نامتناسب با رشته فارغ‌التحصیلی 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 پذیرش کاردانی به کارشناسی‌ناپیوسته سال ۱۴۰۵ در رشته تحصیلی .....

(کد رشته‌محل .....) دانشگاه / دانشکده/آموزشکده / مؤسسه آموزش عالی .....

پذیرفته شده‌ام، از آنجائیکه بدون توجه به رشته تحصیلی و یا نوع مدرک کاردانی (فوق دیپلم) خود، در پذیرش فوق شرکت نموده و پذیرفته شده‌ام، بدین‌وسیله متعهد می‌شوم: مطابق ضوابط مربوط، همه دروس پیش‌نیاز و یا جبرانی رشته قبولی اعلام شده را که با نظر گروه آموزشی مؤسسه تعیین و اعلام می‌شود، با پرداخت شهریه بگذرانم. بدیهی است درصورت عدم رعایت ضوابط مربوط، این مؤسسه آموزشی می‌تواند از ادامه تحصیل اینجانب در هر مقطعی ممانعت به عمل آورد.

تاریخ: **نام و نام خانوادگی :**

امضا :

بنام خدا

فرم شمارهٔ ۵

نمونه فرم جایگزین گواهی فراغت از تحصیل پذیرفته‌شدگانی که تا زمان ثبت‌نام موفق به اخذ گواهی خود نشده‌اند

دانشگاه / مؤسسه آموزش عالی .....

بدین‌وسیله به اطلاع می‌رساند: آقای/ خانم ..... پذیرفته نیمسال اول / نیمسال دوم در رشته تحصیلی ..... (کد رشته‌محل .....) از مقطع کاردانی(فوق دیپلم) این مؤسسهٔ آموزش عالی تا تاریخ ۱۴۰۵/۰۶/۳۱ فارغ‌التحصیل شده است ☐ / حداکثر تا ۱۴۰۵/۱۱/۳۰ فارغ‌التحصیل 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 مسؤول امورآموزشی دانشگاه / مؤسسه آموزش‌عالی

(محل فارغ‌التحصیلی دوره کاردانی)

بنام خدا

فرم شمارهٔ ۶

فرم مغایرت عکس متقاضی با چهره عکس الصاق شده بر روی فرم اطلاعات قبولی
در پذیرش کاردانی به کارشناسی‌ناپیوسته سال ۱۴۰۵ (فقط رشته‌های با آزمون)

(این فرم باید توسط شخص دانشجو تکمیل شود)

نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	سال تولد:
شماره شناسنامه:	کد ملی:	شماره داوطلبی:

اظهارات متقاضی:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

نشانی: .....

تلفن تماس: .....

امضای متقاضی:	اثر انگشت متقاضی:

این فرم لازم است پس از تکمیل توسط دانشجو و امضای وی، به همراه یک قطعه عکس با نامه رسمی به منظور بررسی به این سازمان ارسال شود.

فرم الف صفحه۱

الصاق عکس
الزامی است

باسمه تعالي
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكي
دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني استان مركزي (اراك)
مركز آمار دانشجويي آموزشي

دانشجويان عزيز ضمن خير مقدم به شما عزيزان و آرزوي موفقيت در طي تمام مدارج تحصيل لطفا" بمنظور آشنايي مسئولين دانشگاه با وضعيت جنابعالي و توجه به برنامه ريزي حمايتي و كمك به ادامه تحصيل و احيانا" رفع موانع تحصيلي با صداقت به سوالات زير پاسخ داده و مطمئن باشيد پاسخهاي داده شده **بصورت محرمانه نگهداري و از دسترس افراد غير مسئول مصون ميباشد .**

نام:	**نام خانوادگي:**	**نام پدر:**	**شماره شناسنامه :**	**محل صدور:**	**تاريخ تولد:**

محل تولد:	**نام مستعار:**	**وضعيت نظام وظيفه:**	**متدين به دين:**	**مذهب:**

رشته تحصيلي كارداني:	**سال اخذ كارداني:**	**سال ورود به كارشناسي:**	**شماره ملي:**

وضعيت تأهل: مجرد ☐ متاركه ☐ متأهل ☐ تعداد فرزندان ☐

رشته قبولي در اين دانشگاه:

- چنانچه قبلا" درآموزش عالي حضور داشته ايد نام دانشگاه، نام رشته و علت انصراف خود را ذكر نمائيد .
-
- آيا غير از تحصيل به كار ديگري مشغول هستيد(نوع و مدت فعاليت) ؟
-
- آيا در زندگي دچار مشكلاتي هستيد در صورت مثبت بودن ، لطفا" توضيح دهيد ؟
-
- آيا از خانواده معظم شهداء ☐ جانبازان ☐ آزادگان ☐ هستيد، در صورت مثبت بودن نسبت خود را توضيح دهيد ؟
- آيا در قبل از ورود به دانشگاه با نهادها و تشكلها و احزاب همكاري داشته و داريد ، لطفا" توضيح دهيد.
- علاقمند به چه نوع فعاليت خارج از كلاس (فوق برنامه) هستيد ؟

فرم الف صفحه2

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

رديف	نام و نام خانوادگي	نسبت	نام پدر	ميزان تحصيلات	شغل	آدرس محل كار يا سكونت
۱						
۲						
۳						
٤						
٥						
٦						

مشخصات ۳ نفر از دوستان صميمي و نزديك حتي المقدور شاغل

رديف	نام و نام خانوادگي	ميزان تحصيلات	مدت آشنائي	شغل	آدرس	تلفن
۱						
۲						
۳						

*** در اين قسمت چيزي نوشته نشود**

ملاحظات : نظريه:

آدرس محل سكونت:استان شهرستان شهر/ روستا خيابان

كوچه پلاك كد تلفن تلفن اضطراري كدپستي

نام و نام خانوادگي 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 آموزش 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 .

ضمنا" متعهد میشوم که شاغل 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 دانشجو: 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 بعهده 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 :