

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اراک - واحد تحصیلات تکمیلی دانشگاه

فرم شناسنامه دانشجویان کارشناسی ارشد ورود ۱۴۰۴

پذیرفته شده گرامی : خواهشمند است با دقت و بدون کسری تکمیل فرمایید.

* رشته قبولی در دانشگاه علوم پزشکی اراک:..... سهمیه اصلی می باشم:..... سهمیه مازاد می باشم

(۱) نام: ----- (۲) نام خانوادگی: -----

(۳) نام پدر: ----- (۴) تاریخ دقیق تولد: ----- (۵) استان محل تولد: ----- (۶) شهرستان محل تولد: -----

(۷) شماره شناسنامه: ----- (۸) محل صدور: ----- (۹) جنسیت مرد ----- زن ----- (۱۰) ملیت: -----

(۱۱) دین: ----- (۱۲) مذهب: ----- (۱۳) متاهل --- مجرد --- (۱۴) تعداد فرزندان: ----- (۱۵) کد ملی: -----

۱۶) وضعیت نظام وظیفه:

کارت پایان خدمت ----- کارت معافیت دائم پزشکی ----- کارت معافیت دائم کفالت ----- کارت معافیت دائم موقت ----- معافیت تحصیلی ----- کادر نیروهای نظامی ----- اتباع بیگانه ----- سایر موارد -----

(۱۷) سال ورود به دوره تحصیلی مقطع قبل: ----- (۱۸) دانشگاه محل تحصیل رشته تحصیلی مقطع قبل:

(۱۹) سال / ماه / روز فراغت از تحصیل از مقطع قبل: ----- (۲۰) معدل دوره مقطع قبل: -----

(۲۰) وضعیت طرح نیروی انسانی: انجام داده ام ----- معاف از طرح می باشم ----- انجام نداده ام ----- سایر -----

موارد -----

(۲۱) تسویه حساب به صندوق رفاه دانشجویان: ندارم ----- دارم ----- توضیح: -----

محل امضا با تاریخ

صفحه اول

*نام: ----- نام خانوادگی: ----- کدملی: ----- رشته پذیرفته شده:-----

(۲۲) نوع پذیرش در دانشگاه (سهمیه):

آزاد:----- سهمیه ایثارگران: رزمنده ----- جانباز----- آزاده----- خانواده شهدا----- فرزند شهید----- و در صورت سایر سهمیه ها نوع سهمیه نوشته شود

اتباع خارجی:----- استعداد های درخشان -----

(۲۳) آدرس محل سکونت:-----

(۲۴) آدرس محل سکونت والدین:-----

(۲۵) آدرس پست الکترونیکی:-----

(۲۶) شماره همراه:----- (۳۴) شماره تلفن ثابت:----- (۳۵) شماره تلفن ثابت والدین:-----

(۲۷) مختص اتباع خارجی: تبعه کشور.....می باشم و ملزم و متعهد به رعایت کلیه مقررات مربوط دانشجویان به اتباع خارجی می باشم.

تاریخ تکمیل----- امضا پذیرفته شده

دانشگاه علوم پزشکی اراک - اداره تحصیلات تکمیلی دانشگاه
فرم اخذ تعهد از پذیرفته شدگان آزمون کارشناسی ارشد سال ۱۴۰۴
پذیرفته شده گرامی : خواهشمند است با دقت تکمیل فرمایید.

نام : نام خانوادگی : فرزند : شماره شناسنامه : صادره از : متولد :

شماره ملی : پذیرفته شده رشته : نوع پذیرش : روزانه / مازاد تبع : ایران / خارج هستم و شهریه
مصوب را پرداخت خواهم کرد و متعهد می باشم بلافاصله پس از اتمام تحصیل به کشور خود بازگردم

۱- دفترچه راهنمای ثبت نام در آزمون را با دقت مطالعه نموده ام و براساس این دفترچه و با داشتن شرایط لازم در آزمون شرکت کرده ام و در دانشگاه محل پذیرش "علوم پزشکی اراک" تابع قوانین و مقررات آموزشی و انضباطی دانشجویان ، مصوب وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی خواهم بود و ملزم به رعایت کلیه مقررات هستم. ضمناً در صورت عدم واجد شرایط بودن شرکت در آزمون دانشگاه هیچ تعهد و مسوولیتی در مقابل اینجانب ندارد.

۲- در آزمون کارشناسی ارشد سال ۴۰۳ : الف (شرکت نموده ام ب) شرکت ننموده ام.....

۳- دانشجوی انصرافی ؛ عدم مراجعه؛ و پذیرفته شده در آزمون کارشناسی ارشد سال ۴۰۳ :
الف (نمی باشم ب) می باشم که در رشته در دانشگاه به صورت روزانه / شبانه / مازاد / غیره بوده است.

۳- همزمان با پذیرش در دانشگاه علوم پزشکی اراک در رشته دیگری در حال تحصیل :
الف (نمی باشم ب) می باشم (محل تحصیل) : دانشگاه رشته مقطع به صورت روزانه / شبانه / مازاد / غیره

۴- دارای مدرک کارشناسی ارشد از قبل :

الف (نمی باشم ب) می باشم و نام رشته : نام دانشگاه محل تحصیل : نوع پذیرش :
روزانه / شبانه / مازاد / دیگر تبصره مهم : پذیرفته شده تبع خارجی در صورت داشتن مدرک کارشناسی ارشد از قبل حق ثبت نام در این دانشگاه را ندارد.

۵- دانشجوی اخراجی در مقطع کارشناسی ارشد : الف (نمی باشم ب) می باشم در این صورت رشته قبولی فعلی نباید همنام رشته اخراجی باشد و گرنه حق ثبت نام ندارم
۶- کارمند :

الف (می باشم) و موظف به ارائه موافقت بدون قید و شرط ارگانم هستم در غیر این صورت دانشگاه هیچگونه مسوولیتی در برابر من نخواهد داشت (ب) نمی باشم

تذکر: در صورت عدم ارائه موافقت نامه ارگان دانشجو موظف به ارائه تعهد به دانشگاه بوده و ملزم به شرکت در کلیه کلاس ها و برنامه های مدون آموزشی دانشگاه می باشد.

۷- ملزم به پیگیری وصول تاییدیه تحصیلی از مقطع قبلی از دانشگاه محل تحصیل می باشم و در صورت عدم وصول تاییدیه در موعد مقرر تابع مقررات می باشم. (تاییدیه تحصیلی پس از ثبت نام توسط دانشگاه از دانشگاه مقطع قبلی استعلام می شود).

محل امضای پذیرفته شده و تاریخ

دانشگاه علوم پزشکی اراک
واحد تحصیلات تکمیلی دانشگاه
برگ تقاضا نامه برای بهره مندی از مزایای آموزش رایگان
"مخصوص داوطلبین سهمیه اصلی (روزانه)"

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 و در صورت ترک تحصیل ، انصراف و موارد مشابه نسبت به پرداخت خسارت تعیین شده از طرف وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی را پرداخت خواهم کردم در غیر اینصورت وزارت متبوع اختیار مطلق دارد برابر مقررات با اینجانب رفتار نماید.

آدرس دائم دانشجوی:

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 .

امضاء دانشجو:

تاریخ :