

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

فرم شناسنامه دانشجویان کارشناسی ارشد سال ..... ۱۴

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 و 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

فرم شماره ۱ صفحه ۲ از ۲

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

(۲۲) نوع پذیرش در دانشگاه (سهمی):

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.

خدمات ماشینی دانشگاه: اطلاعات وارد سیستم گردید. محل امضای خدمات ماشینی

نامبرده در سایت بهسان ثبت نام نمود. محل امضای واحد پژوهش

تاریخ تکمیل----- امضا پذیرفته شده

دانشگاه علوم پزشکی اراک - اداره تحصیلات تکمیلی دانشگاه  
فرم اخذ تعهد از پذیرفته شدگان آزمون کارشناسی ارشد سال .....۱۴  
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 .....۱۴: الف ( شرکت نموده ام ..... ب ) شرکت ننموده ام.....

۳- دانشجوی انصرافی ؛ عدم مراجعه؛ و..... پذیرفته شده در آزمون کارشناسی ارشد سال .....۱۴:  
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 همان 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 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 کارشناسی استعمال 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: