

بسمه تعالی

فرم اطلاعات عمومی دانشجویان تحصیلات تکمیلی

(کارشناسی ارشد)

شماره دانشجویی:

نام خانوادگی: نام خانوادگی:

نام پدر: شماره شناسنامه: محل صدور شناسنامه:

محل تولد: تاریخ تولد: ۱۳ / / کد ملی:

جنسیت: زن مرد زبان فارسی انگلیسی عربی

دین: مذهب: ملیت: وضعیت تاهل: متاهل مجرد

وضعیت نظام وظیفه: معافیت تحصیلی پایان خدمت معافیت دائم معافیت موقت و یا:

تاریخ شروع به تحصیل:

نیمسال اول نیمسال دوم

نوع دوره: روزانه شبانه

رشته قبولی:

تاریخ آزمون: کاردانی رشته دانشگاه تاریخ فارغ التحصیلی:

اطلاعات مقاطع قبلی: کارشناسی رشته دانشگاه تاریخ فارغ التحصیلی:

کارشناسی پیوسته رشته دانشگاه تاریخ فارغ التحصیلی:

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

نشانی دائم و کد پستی:

ایمیل (Email):

تلفن ثابت: تلفن همراه:

امضاء دانشجو: تاریخ: تایید مسئول آموزشی:

بسمه تعالی

فرم تعهدنامه عام

(کارشناسی ارشد)

اینجانب: / فرزند: / به شماره شناسنامه: / متولد: / / ۱۳ / صادره از

ساکن (نشانی کامل): / که با هزینه دولت برای ادامه تحصیل در رشته

در نیمسال اول □ نیمسال دوم □ سال تحصیلی ۱۴- / ۱۴ در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام پذیرفته شده ام متعهد می‌شوم 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 و مقررات جاری کشور باشد بعمل نیاورم و دوره تحصیلی ام را 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 اتمام تعهدات که بیم برابر ایام تحصیل باشد استنکاف نمایم، متعهد می‌گردم معادل دو برابر شهریه و هزینه تحصیلی مصروفه را به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بصورت یکجا و بدون هیچگونه قید و شرطی به صندوق دولت بپردازم و چنانچه نشانی خود که در تعهدنامه قید شده است را تغییر دهم فوراً مراتب را به دانشگاه محل تحصیل خود اطلاع دهم. در غیراینصورت ارسال کلیه اخطارها و ابلاغ ها به محل تعیین شده در این تعهدنامه ابلاغ قانونی تلقی می‌شود.

نام و نام خانوادگی:

امضاء دانشجو:

تاریخ:

فرم ثبت نام

(کارشناسی ارشد)

رشته قبولی:

شماره دانشجویی:

اینجانب فرزند دارای شماره شناسنامه صادره از متولد / / ۱۳ پذیرفته شده در آزمون سال تحصیلی ۱۴ - ۱۴ (نیمسال اول □ نیمسال دوم □) دوره روزانه دانشگاه علوم پزشکی ایلام که دوره تحصیلی خود را قبلاً در مقطع رشته در تاریخ / / ۱۴ از دانشگاه علوم پزشکی به پایان رساندم. با تسلیم مدارک اعلام شده در دستورالعمل های ثبت نامی و دفترچه های آزمون، تقاضای ثبت نام در این دانشگاه را می نمایم و متعهد می شوم:

□ 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.

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

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

تذکر: در صورتی که در یکی از نهادها، موسسات و سازمان های 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			
خواهران و برادران	-۱		
	-۲		
	-۳		
همسر			
فرزند / فرزندان	-۱		
	-۲		

نشانی دائم و کد پستی:

کد ملی:

تلفن ثابت:

تلفن همراه:

تلفن:

ایمیل (Email):

نشانی در ایلام:

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.

امضاء دانشجو:

تاریخ:

نام و نام خانوادگی:

بسمه تعالی

فرم تعهدنامه ارائه مرخصی بدون حقوق / ماموریت آموزشی

(مخصوص شاغلین دولتی)

اینجانب به شماره دانشجویی پذیرفته شده در نیمسال اول دوم سال
 تحصیلی: ۱۴ - ۱۴ در رشته دانشگاه علوم پزشکی ایلام تعهد می نمایم با توجه به
 اشتغال بصورت رسمی پیمانی در سازمان / موسسه حداکر تا پایان ترم اول (با توجه به
 ارائه موافقت بدون قید و شرط محل کار) مرخصی بدون حقوق یا ماموریت آموزشی (برابر طول دوره آموزش) خود را
 جهت ادامه تحصیل از بالاترین مقام مسئول سازمان مذکور ارائه نمایم در غیراینصورت دانشگاه می تواند از ادامه
 تحصیل اینجانب جلوگیری بعمل آورد.

نام و نام خانوادگی:

امضاء دانشجو:

تاریخ:

بسمه تعالی

فرم تعهدنامه ارائه مرخصی بدون حقوق / ماموریت آموزشی

(مخصوص غیرشاغلین دولتی)

اینجانب به شماره دانشجویی پذیرفته شده در نیمسال اول دوم سال

تحصیلی: ۱۴ - ۱۴ مقطع کارشناسی ارشد رشته دانشگاه علوم پزشکی ایلام اعلام

می‌نمایم که در زمان ثبت نام و در طول تحصیل در این دانشگاه در هیچ سازمان یا موسسه ای بصورت رسمی یا پیمانی

مشغول به کار نمی‌باشم و در صورت خلاف این ادعا دانشگاه می‌تواند از ادامه تحصیل اینجانب جلوگیری بعمل آورد

و حق هیچگونه اعتراضی را نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی:

امضاء دانشجو:

تاریخ:

بسمه تعالی

فرم تعهدنامه عام

(کارشناسی ارشد)

اینجانب پذیرفته شده رشته دوره روزانه / شبانه با استفاده از سهمیه در سال تحصیلی در تاریخ / / ۱۴ برای ثبت نام به سایت دانشگاه مراجعه و مدارک زیر را تحویل نموده و متعهد می شوم که سایر مدارک ناقص را تا پانزدهم دی ماه سال جاری به اداره آموزش دانشگاه ارائه نمایم؛ در غیراینصورت از ادامه تحصیل محروم خواهم شد.

- | | کامل | ناقص |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| ۱- عکس ۳×۴ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ۲- تصویر تمام صفحات شناسنامه | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ۳- تصویر کارت ملی | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ۴- تصویر دانشنامه، گواهی موقت تحصیلی، ریزنمرات یا مدرکی که نشان دهنده فراغت از تحصیل در <u>مقطع قبل</u> باشد (در صورتی که مقطع قبلی کارشناسی پیوسته باشد) و <u>دو مقطع قبلی</u> (در صورتی که مقطع قبلی کارشناسی ناپیوسته باشد). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ۵- تصویر مدرک مبنی بر چگونگی وضعیت نظام وظیفه (کارت پایان خدمت، کارت معافیت،). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ۶- تصویر حکم استخدامی رسمی یا پیمانی (برای پذیرفته شدگان کارمند). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ۷- موافقت نامه، بدون قید و شرط از بالاترین مقام مسئول اداری جهت ادامه تحصیل برای کلیه کارمندان اعم از شاغلین رسمی و پیمانی وزارت بهداشت و یا سایر موسسات بدون در نظر گرفتن سهمیه قبولی آنان. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ۸- مدرک نشان دهنده استفاده از سهمیه رزمندگان، سهمیه استعداد درخشان، | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ۹- تصویر گواهی پایان طرح، معافیت و یا ترخیص از طرح جهت افرادی که در حل گذراندن طرح نیروی انسانی می باشند. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ۱۰- ارائه حکم مرخصی استحقاقی و یا بدون حقوق سالیانه حداکثر تا پایان اولین نیمسال تحصیلی برای پذیرفته شدگان شاغل رسمی و پیمانی | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

نام و امضاء دانشجو:

نام و امضاء مسئول ثبت نام: