

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

فرم شناسنامه دانشجویان کارشناسی ارشد ورود ۱۴۰۳

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 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 ۴۰۲: الف) شرکت نموده ام ب) شرکت نموده ام.....

۳- دانشجوی انصرافی؛ عدم مراجعه؛ و..... پذیرفته شده در آزمون کارشناسی ارشد سال ۴۰۲: 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 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 تعین شده از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را پرداخت خواهم کردم در غیر اینصورت وزارت متبوع اختیارات 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: