

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
اداره امور آموزشی

فرم ثبت نام از پذیرفته شدگان کارشناسی ناپیوسته
(نوم افزاز سما)

لطفاً فرم زیر را به دقت تکمیل نمایید:

 	محل صدور تاریخ ثبت نام سابقه دانشجویی:	 	شماره دانشجویی نام خانوادگی - نام
 	محل اخذ مدرک کاردانی دانشگاه رشته کاردانی تاریخ فارغ التحصیلی میزان بدهی رتبه در سهمیه		جنس: زن ☐ مرد ☐ تاریخ تولد: روز ماه سال شماره شناسنامه: آدرس سکونت:
☐ پرسنل نیروی انتظامی ☐ معافیت ☐ طلبه ☐ سرباز ترخیصی ☐ پایان خدمت ☐ معافیت پزشکی یا کفالت بر ☐ معافیت تکفل دائم ☐ تبعه خارج 	وضعیت نظام وظیفه: خرید خدمت ☐ معافیت ☐ طلبه ☐ سرباز ترخیصی ☐ پایان خدمت ☐ معافیت پزشکی یا کفالت بر ☐ معافیت تکفل دائم ☐ تبعه خارج ☐ ملیت کد پستی صندوق پستی تلفن موقت تلفن دائم آدرس موقت	☐ وضعیت تحصیل: شاغل به تحصیل ☐ نوع دوره: روزانه ☐ شبانه ☐ مقطع کارشناسی ناپیوسته رشته سهمیه کد ملی نوع سکونت: خوابگاه ☐ اجاره ☐ ☐ نوع پذیرش: آزمون ناپیوسته استان تولد شهر تولد بخش تولد وضعیت تاهل: مجرد ☐ متاهل ☐ دین ☐ مذهب ☐	

نام خدا

فرم شماره ۱

نمونه فرم اخذ تعهد از پذیرفته شدگان مبنی بر داشتن تمامی شرایط و ضوابط عمومی و اختصاصی دفترچه راهنمای آزمون

اینجانب : فرزند متولد سال دارای شناسنامه شماره صادره از ساکن که در در دوره روزانه / نوبت دوم (شبانه) رشته های تحصیلی گروه های آموزشی مختلف از دوره کاردانی (فوق دیپلم) به دوره کارشناسی ناپیوسته سال ۱۴۰۴ در گروه آموزشی در رشته تحصیلی (کد رشته محل دانشگاه / مؤسسه آموزشی پذیرفته شده ام، گواهی می نمایم: دارای همه شرایط و ضوابط عمومی و اختصاصی مندرج در دفترچه راهنمای آزمون فوق هستم. لذا متعهد می شوم که در صورت عدم صحت مطالب فوق این مؤسسه آموزشی / دانشگاه می تواند از تحصیل اینجانب در هر مقطعی از تحصیل ممانعت به عمل آورده و مطابق مقررات مربوط اقدام نماید.

نام و نام خانوادگی :

تاریخ:

امضا :

نام خدا

فرم شماره ۲

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 امتحان پذیرش دانشجو در دوره روزانه / نوبت دوم (شبانه) رشته های تحصیلی گروه های آموزشی مختلف از دوره کاردانی (فوق دیپلم) به دوره کارشناسی ناپیوسته سال ۱۴۰۴ در گروه آموزشی در رشته تحصیلی (کد رشته محل) مقطع کارشناسی ناپیوسته دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی پذیرفته شده ام، باتوجه به ضیق وقت بدین وسیله متعهد می شوم که هنگام ثبت نام در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵ گواهی دال بر تسویه حساب یا موافقت صندوق های رفاه دانشجویان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را براساس دستورالعمل بازپرداخت وام های رفاه دانشجویان مصوبه جلسه هیأت وزیران تاریخ ۱۳۸۲/۵/۲۳ به آموزش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تحویل دهم و در صورت عدم تحویل گواهی فوق، آن آموزش اجازه دارد که از ثبت نام اینجانب در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵ جلوگیری به عمل آورده و در این صورت اینجانب حق هیچگونه اعتراضی را نخواهم داشت.

نام ، نام خانوادگی و امضا :

تاریخ :

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 آزمون پذیرش دانشجو از دوره کاردانی به دوره کارشناسی ناپیوسته
 سال ۱۴۰۴ در گروه آموزشی در رشته تحصیلی (کد رشته محل) مقطع
 کارشناسی ناپیوسته مؤسسه / دانشگاه پذیرفته شده‌ام، باتوجه به ضیق وقت بدین وسیله متعهد می‌شوم
 که هنگام ثبت‌نام در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۵-۱۴۰۴ گواهی دال بر تسویه 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 در صورت عدم تحویل گواهی فوق، آن آموزش اجازه دارد که از ثبت‌نام اینجانب در
 نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۵-۱۴۰۴ جلوگیری به عمل آورده و اینجانب حق هیچ‌گونه اعتراضی را نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ:

امضا:

فرم مخصوص اخذ تعهد از پذیرفته شدگان رشته های تحصیلی گروه های آموزشی مختلف در آزمون دوره های کاردانی (فوق دیپلم) به دوره های کارشناسی ناپیوسته سال ۱۴۰۴ (مختص دوره های روزانه)

اینجانب: فرزند متولد سال دارای شناسنامه شماره
 صادره از محل تولد ساکن که در آزمون کاردانی به کارشناسی ناپیوسته نیمسال
 اول / دوم سال تحصیلی ۱۴۰۵-۱۴۰۴ در رشته تحصیلی (کد رشته محل)
 در مقطع کارشناسی ناپیوسته دانشگاه / دانشکده / آموزشکده / مؤسسه آموزش عالی
 پذیرفته شده ام، در کمال میل و اختیار ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملتزم می شوم که پس از گذراندن دوره تحصیلی در
 مقطع فوق پس از تعیین تکلیف خدمت وظیفه عمومی (برای برادران) به مدت یک برابر زمان تحصیل خود در صورت نیاز و
 به تشخیص و معرفی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری / وزارت بهداشت، درمان و آموزش 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 هزینه های 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 و آموزش پزشکی وکالت می دهم در صورت تخلف از مفاد این تعهد و استنکاف از آن که خارج از حیطه اقتدار
 اینجانب نباشد، برابر هزینه های مصروفه سرانه دانشجو را در مدت تحصیل از اموال اینجانب برداشت نماید. تشخیص وزارت
 علوم، تحقیقات و فناوری / وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مورد کیفیت تخلف و میزان هزینه های مصروفه غیر
 قابل اعتراض بوده و صرف اعلام وزارتخانه های مذکور برای اینجانب قطعی و لازم الاجراست.
 توضیح: خدمات مزبور (تعهد) جزو خدمات قانونی گروه آموزشی پزشکی محسوب می شود.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ:

امضا:

**نمونه فرم اخذ تعهد از پذیرفته شدگان مبنی بر گذراندن دروس پیش نیاز رشته قبولی کارشناسی ناپیوسته
نامتناسب با رشته فارغ التحصیلی 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 آزمون کاردانی به کارشناسی ناپیوسته سال ۱۴۰۴ در رشته تحصیلی

(کد رشته محل) دانشگاه / دانشکده / آموزشکده / مؤسسه آموزش عالی

پذیرفته شده‌ام، از آنجائیکه بدون توجه به رشته تحصیلی و یا نوع مدرک کاردانی (فوق دیپلم) خود، در آزمون فوق شرکت

نموده و پذیرفته شده‌ام، بدین وسیله متعهد می‌شوم: مطابق ضوابط مربوط، همه دروس پیش نیاز و یا جبرانی رشته قبولی اعلام

شده را که با نظر گروه آموزشی مؤسسه تعیین و اعلام می‌شود، با پرداخت شهریه بگذرانم. بدیهی است در صورت عدم رعایت

ضوابط مربوط، این مؤسسه آموزشی می‌تواند از ادامه تحصیل اینجانب در هر مقطعی ممانعت به عمل آورد.

نام و نام خانوادگی :

تاریخ:

امضا :

نمونه فرم جایگزین گواهی فراغت از تحصیل پذیرفته شدگانی که تا زمان ثبت نام موفق به اخذ گواهی خود نشده اند

دانشگاه / مؤسسه آموزش عالی

بدین وسیله به اطلاع می‌رساند: آقای / خانم پذیرفته نیمسال اول / نیمسال دوم

در رشته تحصیلی (کد رشته محل) از مقطع کاردانی (فوق دیپلم) این مؤسسه

آموزش عالی تا تاریخ ۱۴۰۴/۰۶/۳۱ فارغ التحصیل شده است ☐ / حداکثر تا ۱۴۰۴/۱۱/۳۰ فارغ التحصیل 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 امور آموزشی دانشگاه / مؤسسه آموزش عالی

(محل فارغ التحصیلی دوره کاردانی)