

نمونه فرم‌های ضمیمه دستورالعمل ثبت‌نامی

بنام خدا

فرم شماره ۱

نمونه فرم اخذ تعهد از پذیرفته‌شدگان 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 دوره روزانه / نوبت دوم (شبانه) رشته‌های تحصیلی گروه‌های آموزشی مختلف از دوره کاردانی (فوق دیپلم) به دوره کارشناسی ناپیوسته سال ۱۴۰۲ در گروه آموزشی در رشته تحصیلی (کد رشته محل) دانشگاه / مؤسسه آموزشی پذیرفته شده‌ام، گواهی می‌نمایم: دارای همه شرایط و ضوابط عمومی و اختصاصی مندرج در دفترچه راهنمای آزمون فوق هستم. لذا متعهد می‌شوم که در صورت عدم صحت مطالب فوق این مؤسسه آموزشی / دانشگاه می‌تواند از تحصیل اینجانب در هر مقطعی از تحصیل ممانعت به عمل آورده و مطابق مقررات مربوط اقدام نماید.

نام و نام خانوادگی :

تاریخ:

امضا :

بنام 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 (شبهانه) رشته‌های تحصیلی
گروه‌های آموزشی مختلف از دوره کاردانی (فوق دیپلم) به دوره کارشناسی ناپیوسته سال ۱۴۰۲ در گروه آموزشی
در رشته تحصیلی (کد رشته محل) مقطع کارشناسی ناپیوسته دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی - درمانی پذیرفته شده‌ام، باتوجه به ضیق وقت بدین وسیله متعهد می‌شوم که هنگام
ثبت‌نام در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ گواهی دال بر تسویه حساب یا موافقت صندوق‌های رفاه دانشجویان وزارت بهداشت،
درمان و آموزش پزشکی را براساس دستورالعمل بازپرداخت وام‌های 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 ثبت‌نام اینجانب در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ جلوگیری به عمل آورده و در این صورت اینجانب حق هیچگونه اعتراضی
را نخواهم داشت.

نام ، نام خانوادگی و امضا :

تاریخ :

بنام خدا

فرم شماره ۳

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 ۱۴۰۲ 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 ۱۴۰۳-۱۴۰۲ 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
۱۳۶۴/۵/۲۳ 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 ۱۴۰۳-۱۴۰۲ 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 رشته‌های تحصیلی گروه‌های آموزشی مختلف در آزمون دوره‌های کاردانی
(فوق دیپلم) به دوره‌های کارشناسی ناپیوسته سال ۱۴۰۲ (مختص دوره‌های روزانه)**

اینجانب: فرزند متولد سال دارای شنا سنامه شماره
صادره از محل تولد ساکن که در آزمون کاردانی به کارشناسی ناپیوسته نیم‌سال
اول / دوم سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ در رشته تحصیلی (کد رشته محل)
در مقطع کارشناسی ناپیوسته دانشگاه / دانشکده / آموزشکده / مؤسسه آموزش عالی
پذیرفته شده‌ام، در کمال میل و اختیار ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملتزم می‌شوم 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 هزینه‌های 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 می‌دهم در صورت تخلف از مفاد این تعهد و استنکاف از آن که خارج از حیطه اقتدار
اینجانب نباشد، برابر هزینه‌های 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 هزینه‌های مصروفه غیر
قابل اعتراض بوده و صرف اعلام وزارتخانه‌های مذکور برای اینجانب قطعی و لازم‌الاجراست.
توضیح: خدمات مزبور (تعهد) جزو خدمات قانونی گروه آموزشی پزشکی محسوب می‌شود.

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 نشده‌اند

دانشگاه / مؤسسه آموزش عالی

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

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

آموزش عالی تا تاریخ ۱۴۰۲/۰۶/۳۱ فارغ التحصیل شده است / حداکثر تا ۱۴۰۲/۱۱/۳۰ 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)