



## فرم تعهد شماره ۱

### بسمه تعالی

اینجانب  
صادره از  
فرزند  
ساکن (نشانی کامل)  
به شماره شناسنامه

سال تحصیلی  
که در آزمون مقطع کارشناسی ارشد رشته

وزارت بهداشت، وزارت و آموزش پزشکی پذیرفته شده ام، متعهد میشوم که در سایر موسسات آموزشی (وابسته و غیر وابسته به وزارت بهداشت) در مقطع کارشناسی ارشد یا بالاتر ثبت نام نکرده ام و اشتغال به تحصیل نیز ندارم و در صورتی که خلاف آن ثابت شود قبولی اینجانب کان لم یکن تلقی می شود.

نام و نام خانوادگی

امضاء

تاریخ



نام مراکزی راکه طرح و خدمات قانونی ویا خدمت نظام وظیفه را انجام داده اید را در جدول ذیل قید بفرمائید :

نام یگان خدمت وظیفه	نوع مسئولیت	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه
نام مرکز انجام طرح			
چنانچه سوابق ایثارگری دارید و یا از وابستگان درجه یک خانواده های محترم شهداء، جانبازان، آزادگان، رزمندگان و مقنود الاثر می باشید ضمن الصاق گواهی و مستندات نوع ایثار و همبستگی را مرقوم نمائید.			
چنانچه با ارگانها و نهادها وسایر مراکز دولتی همکاری دارید گواهی مبنی بر همکاری خود را ارائه فرمائید.			

شخصات و دوزنرا از افراد مورد وثوق و دوزنرا از دوستان زمان تحصیل که با شما رابطه نزدیک دارند و بچگونه وابستگی خانوادگی نداشته باشند را در جدول ذیل مرقوم فرمائید:

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	نحوه آشنائی	مدت زمان آشنائی	آدرس و تلفن
۱					
۲					
۳					
۴					

آدرس دقیق محل سکونت خود را به طور دقیق در کادر ذیل مرقوم فرمائید:

نام استان	نام شهر	تاریخ شروع و خاتمه اقامت	آدرس و نام منطقه پستی
فعلی			
قبلی			

#### نکات کاملاً قابل توجه

چنانچه سوابق محکومیت کیفری ویا ممنوعیت پذیرش در دانشگاهها ویا سابقه کتبی و شفاهی در کمیته های انضباطی و حراست دانشگاهها وینات رسیدگی به تخلفات اداری کارکنان و مراجع قضائی دارید آزر به طور شفاف و مکتوب به این فرم الصاق نموده تا روند تعیین صلاحیت عمومی شما مشمول تاخیر زمانی نگردد. ۲- حرکت به بحاری ویا وابستگی به گروه های معاند و مخالف نظام جمهوری اسلامی و ولایت فقیه، داشته اید به اختصار مرقوم فرمائید.

یغجاب	پذیرفته شده کارشناسی ارشد رشته	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی کرمانشاه این
فرم را در روز	به تاریخ	صادقانه و با دقت تکمیل نموده و سوئیت صحت مندرجات آزر را بنده گرفته و در صورت اثبات خلاف درج
		مطالب فوق و محروم شدن از ادامه تحصیل حق بچگونه اعتراضی را نخواهم داشت.
شماره تلفن همراه:	آدرس اینترنتی:	
شماره تلفن ثابت:		





فرم اطلاعات سیستم سما دانشمویان رشته های (کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه)

دانشکده پذیرفته شده	
رشته پذیرفته شده	
مقطع	
تاریخ شروع تحصیل	
سهمیه ثبت نامی	
سهمیه نهایی	
نیمسال ثبت نام	
تاریخ ثبت نام	۱۳ / /
نوع پذیرش	
پورسیه	بلی / خیر
محل استخدام	
عنوان شغل	
نوع مدرک	

محل تحصیل مقطع قبلی	
رشته	
مقطع	
سال فراغت از تحصیل	
معدل کل	
وضعیت انجام طرح نیروی انسانی	

نام و نام خانوادگی	محل الصاق عکس
امضاء و تاریخ	

شماره دانشجویی	
نام خانوادگی / نام	
جنس	
نام پدر	
شماره شناسنامه	
کد ملی	
تاریخ تولد	۱۳ / /
استان محل تولد	
شهر محل تولد	
محل صدور شناسنامه	
دین / مذهب	
وضعیت تأهل :	تعداد فرزندان
وضعیت نظام وظیفه	پایان خدمت
	معافیت پزشکی
وضعیت تحصیل	نیروی نظامی / انتظامی
	مشمول
	در حال تحصیل
تلفن ثابت :	انتقال از سایر دانشگاهها
	میهمان از سایر دانشگاهها
	تغییر رشته
تلفن همراه :	
نشانی محل سکونت	
کد پستی:	
E.mail	