



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی گیلان  
معاونت آموزشی دانشگاه (مدیریت تحصیلات)

بسمه تعالی

فرم تمدد دانشجوی مقطع دکتری تخصصی (Ph.D)

تاریخ ثبت:

## مشخصات دانشجوی

نام و نام خانوادگی:

شماره ملی:

رشته پذیرفته شده:

وضعیت اشتغال به کار (رسمی یا پیمانی):

وضعیت نظام وظیفه:

نام پدر:

شماره شناسنامه:

سهیمه قبولی:

محل خدمت:

متولد:

صادره از:

آزاد  رزمندهان  مازاد

اینجانب.....بامشخصات فوق متعهد میشوم :

- کلیه مقررات آموزشی دانشگاه را در طول تحصیل رعایت نموده در غیر اینصورت تابع تصمیمات دانشگاه خواهم بود.
- اشتغال به تحصیل همزمان در دوره های دکتری تخصصی (PhD) ، تخصصی بالینی(دستیاری) و یا بالاتر در موسسات آموزشی و تحقیقاتی کشور ندارم.
- با توجه به اینکه تحصیل در این دوره تمام وقت میباشد در صورت اشتغال به کار در یکی از نهادها، موسسات و سازمانهای دولتی به صورت رسمی یا پیمانی ملزم به ارائه موافقت محل کاراز بالاترین مقام مسئول اداری ، حکم مرخصی بدون حقوق یا ماموریت آموزشی می باشم.
- در صورتیکه موفق به کسب نمره قبولی آزمون زبان نگردیده ام تا پایان بخش اول دوره نمره حدنصاب را کسب نمایم. در غیر اینصورت تابع تصمیمات دانشگاه (لغو قبولی) بوده و هیچگونه اعتراضی ندارم.
- در صورت اثبات عدم صحت مدارک ارائه شده توسط داوطلب در هر زمان از تحصیل ، از ادامه تحصیل داوطلب ممانعت به عمل آمده ومطابق مقررات اقدام خواهد شد.

امضاء دانشجو

تاریخ