

**فرم تعهد شماره ۱**

اینجانب ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه ..... صادره  
از ..... ساکن (نشانی کامل) ..... که در  
آزمون مقطع کارشناسی ارشد رشته ..... سال تحصیلی ..... وزارت بهداشت درمان و  
آموزش پزشکی پذیرفته شده ام، متعهد می شوم که در سایر موسسات آموزشی (وابسته و غیروابسته 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 کان لم یکن تلقی می شود.

**نام و نام خانوادگی:**

**امضاء:**

**تاریخ:**

**معاونت آموزشی و امور دانشجویی**

**دبیرخانه شورای آموزش علوم پایه پزشکی، بهداشت و تخصصی**

اینجانب ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه ..... صادره  
از ..... ساکن (نشانی کامل) ..... که با هزینه  
دولت برای ادامه تحصیل در رشته ..... مقطع ..... از تاریخ  
..... در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..... پذیرفته شده ام ضمن عقد  
خارج لازم متعهد می شوم ضوابط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی که از مفاد آن اطلاع حاصل کرده ام را  
رعایت نموده اقدامی که خلاف شئون دولت جمهوری اسلامی ایران و مقررات جاری کشور باشد بعمل نیاورم و دوره  
تحصیلی ام را در مدت معمول برابر مقررات آن با موفقیت بگذرانم و موظف هستم در طول تحصیل به طور تمام وقت در  
اختیار دانشگاه محل تحصیل باشم و پس از اتمام دوران تحصیل برابر ایام تحصیل را در هر محلی که وزارت بهداشت  
درمان و آموزش پزشکی تعیین نماید خدمت نمایم و چنانچه به هر علتی که مود تأیید وزارت مذکور نباشد از تحصیل  
اخراج و یا محروم شوم و یا بعد از پایان دوره تحصیل از انجام تعهدات که یک برابر ایام تحصیل می باشد استنکاف نمایم  
متعهد می گردم معادل دو برابر شهریه و هزینه تحصیلی مصروفه را به تشخیص وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی  
به صورت یکجا و بدون هیچگونه قید و شرطی به صندوق دولت بپردازم و چنانچه نشانی خود که در تعهدنامه قید شده  
است را تغییر دهم فوراً مراتب را به وزارتخانه اطلاع دهم و الا ارسال کلیه اختاریه ها و ابلاغ ها به محل تعیین شده در این  
تعهدنامه ابلاغ قانونی تلقی می شود.

محل امضاء متعهد:

معاونت آموزشی و امور دانشجویی

دبیرخانه شورای آموزش علوم پایه پزشکی، بهداشت و تخصصی



## فرم اخذ تعهد از دانشجویان شهریه پرداز (مازاد)

اینجانب..... فرزند ..... صادره از..... ساکن ..... که در آزمون کارشناسی ارشد/دکتری تخصصی رشته ..... سال تحصیلی ..... پذیرفته شده ام متعهد می گردم با آگاهی کامل از شرایط و ضوابط پذیرش دانشجو در سهمیه مازاد با اخذ شهریه شرکت کرده، همچنین تمکن مالی جهت ثبت نام در دانشگاه را دارا می باشم و آمادگی خود را نسبت به پرداخت شهریه مصوب هیئت امنای دانشگاه و دستورالعمل های وزارت متبوع تایید می نماید.

**تاریخ و امضاء**



## فرم تعهد عدم گذراندن طرح نیروی انسانی هم زمان با تحصیل در مقطع کارشناسی ارشد

اینجانب..... به شماره دانشجویی ..... پذیرفته شده  
نیمسال اول - دوم سال تحصیلی ..... ۱۳ - ..... ۱۳ مقطع کارشناسی ارشد ناپیوسته  
..... دانشگاه علوم پزشکی گردستان با آگاهی از مفاد دفترچه راهنمای آزمون و بر  
اساس اعلام دبیرخانه شورای عالی برنامه ریزی اعلام می دارم که در زمان ثبت نام و در طول  
تحصیل در این دانشگاه مشغول به گذراندن طرح نیروی انسانی هم زمان با تحصیل نمی باشم و در  
غیر اینصورت دانشگاه می تواند طبق مقررات از ادامه تحصیل اینجانب ممانعت نماید.

**نام و نام خانوادگی**

**تاریخ و امضاء**

( طرح تعیین کد مرکزی دانشجویان علوم پزشکی دانشگاههای سراسر کشور ) سال تحصیلی

نیمسال اول  نیمسال دوم

دانشجوی عزیز: اگر به هر دلیلی فرم را تکمیل نموده و دارای کد مرکزی دانشجویی نباشید فارغ التحصیل نخواهید شد.

مشخصات دانشجو:	نام پدر:	نام خانوادگی:	ش ش:	کد ملی:
نام:	نام خانوادگی:	شهرستان:	بخش:	تاریخ تولد: / / ۱۴
محل صدور: استان:	وضعیت تأهل: مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/>	کفیل فرزندان	جنس: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	شماره دانشجویی
تابعیت: ایرانی <input type="checkbox"/> خارجی <input type="checkbox"/>	دین:	مذهب:		

دانشکده:

رشته تحصیلی:

گرایش:

مقطع تحصیلی: کاردانی  کارشناسی  دکتری  تخصص  نوع مقطع تحصیلی: پیوسته  ناپیوسته

سال تحصیلی ثبت نام: نیمسال اول  نیمسال دوم

سال شروع به تحصیل: نیمسال اول  نیمسال دوم

دوره: روزانه  شبانه

نوع پذیرش: کنکور سراسری  کنکور اختصاصی  منتقله از خارج

معدل آخرین مدرک تحصیلی:

وضعیت نظام وظیفه: پایان خدمت  معافیت: تکفل  پزشکی  خ شهدا  تحصیلی  پرسنل رسمی ارتش/سپاه/نیروی انتظامی

نوع بورسیه: وزارت بهداشت  ارتش  سپاه  آموزش و پرورش  دانشگاه شاهد

نوع سهمیه ثبت نامی:

مقطع پیوسته: منطقه ۱  ۲  ۳  رزمندگان  جانبازان  خ شهدا  شاهد  عشایر  آزادگان

مقطع ناپیوسته: کارشناسی ۳۰٪ - افرادی که ترم آخر دوره کاردانی هستند و هنوز وارد طرح نشده اند.

۷۰٪ افرادی که دارای پایان طرح هستند و در سهمیه مربوطه پذیرفته شده اند

فارغ التحصیلان رتبه اول ۱۰٪  کارکنان مناطق محروم ۱۰٪  رزمندگان ۲۰٪  آزاد

نوع سهمیه قبولی:

مقطع پیوسته: منطقه ۱  ۲  ۳  رزمندگان  جانبازان  خ شهدا  شاهد  عشایر  آزادگان

مقطع ناپیوسته: کارشناسی ۳۰٪ - افرادی که ترم آخر دوره کاردانی هستند و هنوز وارد طرح نشده اند.

۷۰٪ افرادی که دارای پایان طرح هستند و در سهمیه مربوطه پذیرفته شده اند

فارغ التحصیلان رتبه اول ۱۰٪  کارکنان مناطق محروم ۱۰٪  رزمندگان ۲۰٪  آزاد

آخرین مدرک تحصیلی دانشگاهی: رشته

دانشگاه

آیا شهریه می پردازید؟ بلی  خیر  بومی  غیربومی  متقاضی خوابگاه هستم  متقاضی خوابگاه نیستم

شماره تلفن:

امضاء دانشجو:

آدرس منزل دانشجو:

تاریخ تکمیل فرم:

نام و امضاء مسئول کنترل فرم:

نام و امضاء اپراتور آموزشی:

(مشخصات دانشجو)

نام و نام خانوادگی:

نام پدر:

دارای شماره شناسنامه:

تاریخ تولد:

محل صدور:

(مشخصات مقاطع قبلی)

کارشناسی پیوسته

کارشناسی ناپیوسته

کاردانی

رشته تحصیلی:

رشته تحصیلی:

رشته تحصیلی:

دانشگاه محل تحصیل:

دانشگاه محل تحصیل:

دانشگاه محل تحصیل:

تاریخ فراغت از تحصیل:

تاریخ فراغت از تحصیل:

تاریخ فراغت از تحصیل:

دانشنامه و ریز نمرات:

دانشنامه و ریز نمرات:

دانشنامه و ریز نمرات:

وضعیت اشتغال به کار:  بلی  خیر

موافقت از محل کار:  بلی  خیر

نوع استخدام:

(وضعیت خدمت طرح نیروی انسانی)

انجام شده  معاف از طرح  ترخیص از طرح  دانشجوی ترم آخر  مشمول قانون طرح نیستم

(وضعیت خدمت نظام وظیفه)

پایان خدمت  معاف دائم  معاف موقت معتبر  معافیت تحصیلی

آدرس محل سکونت دائمی دانشجو:

شماره تلفن ضروری:

اینجانب با مشخصات فوق مسئولیت صحت مراتب ذکر شده را بعهدہ گرفته و متعهد می شوم که کلیه

مقررات آموزشی دانشگاه را در طول تحصیل رعایت نمایم. در غیر اینصورت تابع تصمیمات دانشگاه خواهم بود.

تاریخ:

امضاء



بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیأت مرکزی گزینش دانشجو

عکس

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون کارشناسی ارشد سال .....

تاریخ آزمون:

رشته پذیرفته شده:

دانشگاه پذیرفته شده:

دانشگاه محل تحصیل کارشناسی:

رشته تحصیلی:

سال ورود:

سال فارغ التحصیلی:

نشانی دقیق دانشگاه محل تحصیل کارشناسی (جهت دانشجویان تحت پوشش وزارت علوم تحقیقات و فناوری):

تذکر: ۱- چنانچه این فرم ناقص تکمیل گردد به آن ترتیب اثر داده نخواهد شد.

۲- مدارکی که باید پیوست شود: ۲ قطعه عکس، ۱ سری تصویر صفحات شناسنامه و کارت ملی

۳- قسمتهایی که جواب ندارد با خط تیره مشخص کنید.

۴- کارکنان رسمی دولت و پرسنل رسمی نیروهای انتظامی و نظامی لازم است تصویر حکم کارگزینی خود را ضمیمه نمایند

نام خانوادگی:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نام:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نام پدر:

شماره شناسنامه:

کد ملی:

تاریخ تولد:

محل صدور:

دین:

مذهب:

وضعیت تأهل:

وضعیت خدمت وظیفه:

تابعیت:

نام و نام خانوادگی قبلی:

نام و نام خانوادگی همسر:

میزان تحصیلات همسر:

شغل و محل کار همسر:

شغل پدر:

شغل مادر:

آدرس محل زندگی والدین:

متقاضی استفاده از سهمیه:

آزاد ۵۰٪  مناطق محروم ۱۰٪  رزمندگان و ایثارگران  کارکنان وزارت بهداشت  مربیان هیأت علمی

نام دانشگاه های محل تحصیل به صورت میهمانی یا انتقالی:

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	مهمان یا انتقال
۱				
۲				
۳				

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی:

فعالیت فعلی	نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	آدرس و تلفن
فعالیت خارج از مرکز					

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه:

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	نهاد یا ارگان اعزام کننده	محل خدمت

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی:

ردیف	نام محل	استان	شهر	تاریخ شروع و خاتمه	نوع فعالیت	ارتباط
۱						
۲						

وابستگی درجه یک به خانواده شهید  مفقودالاثر  آزاده  نام و نام خانوادگی ایشان:

نسبت فامیلی شما با ایشان: محل شهادت، اسارت یا مفقود شدن: زمان:

چنانچه مجروح یا جانباز می باشید درصد آنرا بنویسید: مجروح  جانباز  درصد جانبازی:

مشخصات ۴ نفر افراد مورد اعتمادی که شما را کاملاً می شناسند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند به ترتیب ذکر نمائید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	نحوه آشنایی	تلفن
۱					
۲					
۳					
۴					

نام سه نفر از اساتید دانشگاه محل تحصیل که شما را می شناسند ذکر نمائید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	دانشکده یا بیمارستان	گروه آموزشی	تلفن همراه
۱					
۲					
۳					

آدرسهای محل سکونت بطور دقیق نوشته شود:

آدرس	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه اقامت	تلفن
فعلی					
قبلی					

سابقه کفتری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه و یا هرگونه توییح کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی:

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱				

شماره تلفن ضروری جهت تماس

تلفن ثابت داوطلب با کد شهرستان:
تلفن همراه داوطلب:
تلفن همراه یکی از بستگان نزدیک:

اینجانب:..... داوطلب شرکت در آزمون کارشناسی ارشد سال ..... دانشگاه علوم

پزشکی کردستان این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته و در صورت

اثبات خلاف مطالب فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون نخواهم داشت.

تاریخ تکمیل فرم:

امضاء





واحد آمار و رایانه

فرم اطلاعات دانشجو

محل الصاق عکس

\* مشخصات فردی:

صفحه ۱

کد فرم: ۱۰۰

کد یا شماره ملی:	تاریخ تولد:	جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>
نام:	محل تولد:	نام خانوادگی قبلی:
نام خانوادگی:	محل صدور شناسنامه:	در صورتی که نام دیگری دارید، ذکر نمایید:
نام پدر:	دین: اسلام <input type="checkbox"/> مسیحی <input type="checkbox"/> یهودی <input type="checkbox"/>	
ش.ش:	مذهب در دین اسلام: تشیع <input type="checkbox"/> تسنن <input type="checkbox"/>	

\* شماره تلفن های تماس و نشانی محل سکونت دوران تحصیل فعلی دانشجو:

پیش شماره تلفن ثابت محل سکونت:	کد پستی محل سکونت:
تلفن ثابت محل سکونت:	نشانی دقیق محل سکونت:
تلفن همراه:	

\* وضعیت تاهل، نظام وظیفه و شغل:

وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> معیل <input type="checkbox"/>	آیا شاغل هستید: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
تعداد فرزندان:	در صورت اشتغال، نوع شغل را ذکر نمایید.
وضعیت نظام وظیفه: انجام داده <input type="checkbox"/>	آدرس محل کار در صورت اشتغال:
انجام نداده <input type="checkbox"/>	
معاف از خدمت <input type="checkbox"/>	

\* وضعیت رشته تحصیلی پذیرفته شده:

شماره دانشجویی:	سال ورود به دانشگاه:
تاریخ ثبت نام:	نیمه تحصیلی سال: اول <input type="checkbox"/> دوم <input type="checkbox"/>
نام رشته:	مقطع تحصیلی پذیرفته شده: کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/>
نام دانشکده:	کارشناسی ناپیوسته <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> دکتری <input type="checkbox"/>

\* وضعیت دیپلم یا پیش دانشگاهی

عنوان مدرک:	استان محل اخذ:	نام دبیرستان یا مرکز پیش دانشگاهی:
سال اخذ مدرک:	شهر محل اخذ:	تلفن ثابت محل سکونت در هنگام اخذ مدرک:
آدرس دقیق محل سکونت در هنگام اخذ مدرک:		

\* چنانچه سابقه تحصیلات دانشگاهی را داشته اید جدول زیر را تکمیل کنید:

ردیف	نام رشته تحصیلی	مقطع تحصیلی	وضعیت (فارغ التحصیل یا ترک تحصیل)	تاریخ (فارغ التحصیلی یا ترک تحصیل)	نام دانشگاه محل تحصیل
۱					
۲					
۳					

\* اینجانب

صحت کلیه مطالب مندرج را تایید می نمایم

امضاء دانشجو و تاریخ تکمیل فرم

\*مشخصات افراد خانواده (به ترتیب مشخصات پدر، مادر، همسر، فرزندان، برادران، خواهران در جدول زیر وارد شود)

صفحه ۲

کد فرم: ۱۰۰

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	نسبت با دانشجو	در قید حیات یا فوت شده	میزان تحصیلات	شغل	کد پستی محل کار یا سکونت	نشانی محل کار یا سکونت	پیش شماره تلفن ثابت	تلفن ثابت	تلفن همراه

\*لطفا در کادر زیر چیزی ننویسید:

\*اینجانب

صحت کلبه مطالب مندرج را تایید می نمایم

امضاء دانشجو و تاریخ تکمیل